FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 novembre 1909, à 1 heure

Par **Maurice LE ROY DES BARRES**

LES ARRIÉRÉS SCOLAIRES

CONTRIBUTION CLINIQUE

Président : M. GILBERT BALLET, *professeur.*

Juges : MM. CHAUFFARD, *professeur.*
CLAUDE et JEANNIN, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
16, Rue de Vaugirard, 16 *(près l'Odéon)*
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PERE

Le docteur Alex. LE ROY DES BARRES

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE SAINT-DENIS

MEMBRE DU CONSEIL D'HYGIÈNE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

MÉDECIN DE LA MAISON DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON FRÈRE

Le docteur Adrien Ch. LE ROY DES BARRES

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'HANOI

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL ET MATERNITÉ D'HANOI

A MA FAMILLE

A LA MÉMOIRE

DE MES GRANDS-PÈRES

CHARLES RENÉ LE ROY DES BARRES

DOCTEUR EN MÉDECINE, CONSEILLER DU ROI

CHRISTOPHE PIETTE

DOCTEUR EN MÉDECINE, CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

ADRIEN LE ROY DES BARRES

DOCTEUR EN MÉDECINE, CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE SAINT-DENIS

MÉDECIN DE LA MAISON D'ÉDUCATION DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Les Professeurs LANDOUZY, BRISSAUD, BALLET
Les Docteurs NÉLATON, OMBRÉDANNE,
MÉRY, SICARD professeurs
Agrégés, chirurgiens et médecins des hôpitaux

Les Docteurs Alex. RENAULT, BERGÉ
LAIGNEL-LAVASTINE
CHEVASSU médecins et chirurgien des hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Le Professeur GILBERT BALLET

Recevez, mon cher maître, l'hommage de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur ROUBINOVITCH

médecin en chef de l'hospice de bicêtre
et de l'asile de sauvetage de l'enfance
secrétaire du conseil supérieur
de l'assistance publique

A la consultation duquel les observations de cette thèse ont été recueillies.

I. — PROLÉGOMÈNES

La question de l'enfant est une de celles qui préoccupent le plus l'humanité. Elle a toujours été envisagée avec passion: c'est, qu'à la voix impérative de l'instinct qui commande cet intérêt, s'ajoute chez l'homme, le désir d'aider de tout son pouvoir au développement harmonieux de transformations dont il est le témoin intéressé. Aussi, philosophes et pédagogues qui ont fait effort pour donner une direction dans le choix des moyens d'éducation, ont-ils toujours été écoutés avec attention. Dans ces dernières années, le médecin est venu se joindre à eux, pour dire, lui aussi, sa façon de concevoir les choses. Ce n'est peut-être pas celui qui aura le moins d'influence; non pas, que la foi en son art se soit accrue, mais, parce que laissant là toute considération d'ordre spéculatif, il envisage les choses sous un jour plus pratique.

C'est à l'asile que le médecin a fait son éducation de pédagogue; appelé par son rôle à s'occuper d'enfants qu'on confiait à ses soins, parce que leur état précaire,

physique et moral nécessitait une surveillance de tous les instants, il consacra ses efforts à tirer parti de ces embryons d'intelligence dont on ne lui demandait que la garde. Aussi, n'exagérera-t-on jamais le mérite d'hommes comme Itard, Séguin, surtout, et dans ces dernières années Bourneville, et leurs collaborateurs qui surent par leur ténacité et la ferveur de leur généreux désir imposer aux pouvoirs publics l'aide pécuniaire et morale qu'on ne leur donnait, qu'avec une parcimonie dérisoire. Les résultats de tant d'années de lutte et de travail ont été consignés dans bien des publications et la thèse de Royer en 1907 les expose tout particulièrement d'une façon saisissante.

Mais voilà que par une loi récente, non seulement notre champ d'action est reconnu, en plus, on nous fait entrevoir la possibilité de l'élargir et d'une manière si catégorique qu'aujourd'hui pour demain nous devons nous tenir prêts. C'est là, la résultante directe des travaux de la Commission nommée par M. le Ministre de l'Intérieur.

La loi du 15 mars 1909 sur la « réglementation de l'éducation et de l'instruction à donner aux enfants arriérés » réalise les vœux de la Commission formulés en un rapport dont notre maître, le Dr Roubinovitch, fut un des remarquables collaborateurs. Nous publions à la fin de ce travail un texte résumé de cette loi. Elle est, comme on le voit, toute récente et n'a pas encore reçu son application. Elle affirme l'entente définitive du pédagogue et du médecin dans l'intérêt de l'enfant ; les efforts vont s'associer, que n'est-on pas en droit d'en

espérer? Voyons-en les principaux articles : Dans toute la France, seront créés des centres d'enseignement spéciaux « classes dites de perfectionnement » annexées aux écoles élémentaires, et au-dessus d'elles des « écoles de perfectionnement » créées par les départements et les communes. La part faite au médecin est grande : elle prime dans le conseil de direction de l'école. C'est par une Commission comprenant : un médecin, un instituteur primaire et un directeur ou maître d'une école de perfectionnement, que les enfants sont déclarés ne pouvoir être admis ou maintenus dans les écoles primaires publiques. La loi exige des maîtres, un diplôme spécial qui n'a pas encore été délivré, mais, pour lequel nombre d'instituteurs sont déjà inscrits. Tout l'échafaudage d'une méthode pédagogique existe ; l'expérience en entraînera des modifications nécessaires. Aussi bien, il n'a rien d'absolu malgré la réglementation obligatoire a toute bonne administration ; au contraire, il repose sur des principes généraux très larges et les voici, tels qu'ils ont été formulés par la Commission :

1° *Maîtriser et dominer les caractères sans les heurter.*

2° *Réveiller et entretenir éveillée l'attention.*

3° *Adapter sa façon d'enseigner à l'état des facultés.*

4° *C'est en un mot l'individualisation de l'éducation qui doit dominer.*

II. — VUE CLINIQUE D'ENSEMBLE

Pour qui cette loi a-t-elle été créée? D'une façon générale, pour tous les enfants difficiles et arriérés, et il faut ajouter, éduquables, car pour ceux qui ne sont pas éduquables, dont l'état physique et moral par trop précaire nécessite des soins spéciaux, l'asile devra rester ouvert. C'est dire que seront éliminés de ces écoles les idiots et les imbéciles. Il reste toute la grande catégorie des arriérés, au sens médical du mot, sens plus étroit et plus précis; « Arriérés » c'est-à-dire enfants présentant un degré moindre de déficit psychique que l'idiot, l'imbécile et le débile grave, mais en présentant un *certain*. Nous verrons ce que peut être ce déficit dans le chapitre suivant. Faisons d'abord sur les arriérés, dès maintenant, différentes remarques. Souvent, ce sont très peu des malades, ce mot impliquant avant tout l'idée de souffrance ou de gêne manifeste dans l'accomplissement des actes physiologiques. Leur nombre s'est singulièrement vu s'accroître dans ces dernières années. C'est l'école qui nous les a révélés, voilà pourquoi aujourd'hui on

parle « d'arriérés scolaires » ; on n'aurait pas pu le faire il y a seulement vingt-cinq ans. C'est à l'œuvre qu'on connaît l'artisan, c'est par l'école, avec l'instruction devenue obligatoire qu'on a reconnu la tare. Autrefois, ces enfants et plus tard ces adultes étaient perdus dans la masse, où ils vivaient avec leur déficit psychique sans en être autrement importunés ; la nature même de leur intellect les portait vers des occupations adéquates, à savoir, celles qui exigeaient un effort cérébral toujours minime et celui-là même qui répondait le mieux à leurs tempéraments. Ainsi l' « arriéré... scolaire » n'est pas un. C'est un type qui comprend à la fois des états cérébraux voisinant l'état sain « le mens sana » et des états cérébraux voisinant l'imbécilité ou l'idiotie, mais aussi entre ces deux extrêmes toute la série des intermédiaires. Dans nos observations, à côté de nombreux cas où le déficit psychique est manifeste, on trouve des notes comme celles-ci « enfant paraissant intelligent, mais ne progressant pas », ou « enfant travailleur, mais dont le résultat ne répond pas aux efforts fournis ».

En outre, à côté de ces arriérés scolaires que l'on qualifie de vrais par rapport aux suivants, se trouve une catégorie d'arriérés sans déficit psychique aussi sont-ils appelés retardataires ou faux arriérés scolaires ; ce sont des enfants qui sont dans de mauvaises conditions morales ou physiques pour accomplir correctement leur scolarité. Pour mieux m'expliquer, je prends pour exemple le plus banal, l'enfant atteint de myopie : il en résulte pour lui une fatigue rapide, accentuée encore s'il est dans une agglomération où il est

obligé de suivre au tableau ce qu'on écrit; cette fatigue rapide ou cette impossibilité immédiate de voir — ou en cas de lésions de l'oreille d'entendre — diminue la valeur scolaire du sujet qui peut être, par ailleurs, un enfant doué des plus belles qualités.

Un autre enfant atteint de chorée peut sans présenter de déficit psychique devenir un arriéré scolaire. La gêne qui résulte pour lui de son affection peut l'empêcher de produire le travail qu'on lui demande, sans compter le retard que lui fera subir le traitement d'usage lequel est avant tout un repos au lit, c'est-à-dire un repos absolu.

Enfin, l'« arriération scolaire » n'est pas non plus un état *ne varietur*. Elle est avant tout susceptible d'aggravation ou d'amélioration : c'est que tel sur qui nous porterons le diagnostic d'arriéré scolaire, faute d'éléments suffisants qui ne se montreront qu'à une période plus avancée de la maladie, peut en être tout simplement par exemple à un premier stade de démence précoce; tel autre entre dans la débilité mentale qui pourra se montrer un jour sous les apparences de l'imbécillité ou de l'idiotie. Ce qui rend aussi, souvent, le diagnostic difficile, c'est la pénurie de renseignements sur des points comme ceux-ci et qui ont pleine valeur dans un bilan pathologique : Dans quelles conditions s'opèrent le développement moral et intellectuel de l'enfant ? Dans quel milieu vit-il ? alimentation, aération, exercice physique, couchage, soins de propreté, — l'insuffisance de nourriture comme l'a signalé Cruchet suffisant à créer un faux arriéré scolaire — Quels gens sont

les parents ? Est-ce à eux qu'est confiée l'éducation de l'enfant ? Ne court-il pas la rue tout le jour sans surveillance? Ne le fait-on pas boire ? Et ses camarades, quels sont-ils ? Il y a souvent des indications de premier ordre à retirer de ces renseignements : pour ce qui est de vice par exemple, où la question se pose de savoir si on est en présence d'un vicieux-né ou d'un vicieux par copie ?

III. — TYPES CLINIQUES DE « L'ARRIÉRÉ SCOLAIRE »

L'arriération scolaire étant ainsi conçue, il est nécessaire de la définir et d'en donner une description clinique.

L'arriéré scolaire, c'est très simplement défini avec Cruchet : « *L'enfant qui se trouve en retard au point de vue scolaire d'une façon appréciable sur la moyenne des enfants de son âge* ».

Ce n'est pas là une définition médicale, sans doute. Cela s'explique car nous l'avons dit un tel enfant n'appartient au médecin que parce que le médecin est venu à lui. Et il est venu à lui par le pédagogue.

Cruchet dans sa monographie qui met si bien au point la question, rappelle en indiquant les moyens de pratiquer « la reconnaissance de ces états inférieurs de l'intelligence » les trois méthodes définies par Binet, et exprime qu'il n'en saisit pas très bien les limites.

La méthode *médicale* « qui a pour but d'apprécier les signes anatomiques, physiologiques et pathologi-

ques de l'infériorité intellectuelle » et qui « révèle des signes *possibles* d'arriération ».

La méthode *pédagogique* « qui a pour but de juger l'intelligence d'après la somme des connaissances acquises » et qui « révèle des signes *probables* d'arriération ».

La méthode *psychologique* « qui fait des observations directes et des mesures sur le degré de l'intelligence » et qui « peut révéler des signes à peu près *certains* d'arriération ».

Nous n'admettons pas non plus cette division très philosophique mais inexacte à notre sens : nous ne voyons pas où commence et où finit l'examen du médecin; car il est inadmissible qu'un médecin s'occupant d'arriération scolaire ne sache pas se conduire en psychologue averti.

Sans dire de mal de la méthode expérimentale en psychologie — ou en en disant très peu — on peut rappeler que dans bien des cas et dans celui-ci particulièrement elle aboutit à des schémas qui n'ont d'absolus que les lois qui ont présidé à leur établissement. Dans le cas particulier on se ferait une très fausse idée médicale — et c'est celle qui importe puisque c'est elle qui va diriger le traitement — de la variété et du degré d'arriération scolaire d'un enfant, en se basant uniquement sur les résultats des tests psychiques (voir aux annexes les tests psychiques qui servent à apprécier l'intelligence). Il faut y associer l'examen scolaire et l'interrogatoire du médecin dont l'expérience intelligente a sa valeur. C'est qu'en effet le psychisme de

l'enfant est tout en nuances qu'il faut savoir saisir. C'est un diagnostic qui se fait par la fréquentation de son sujet ; on pourrait invoquer là, la théorie de la cristallisation de Stendhal, ce sont des mille riens, bien plus que des questions précises qui vous le font connaître ; à vivre avec lui, il déteint sur vous pour ainsi dire et vous imprègne de sa façon d'agir psychiquement.

Un jour vient, où on a nettement l'impression de le connaître et où on le juge ; alors apparaît comme éclairé d'une vive lumière tout ce qui jusqu'à ce jour était resté dans l'ombre ; dès lors, on vit avec le déficit psychique de son élève, on en saisit les éléments disparates et constituants ; un geste, une réaction pourront être prévus, partant guidés par la volonté de l'éducateur. C'est là où intervient le « sens diagnostique » si nécessaire au médecin qui s'occupe de pathologie mentale ; il ne l'acquiert que par une longue pratique du malade et il en sait toute la valeur dans l'obligation où il est de nosographier pour son œuvre de thérapeute. Il n'y a rien de scientifique assurément à se guider sur une impression, mais, cette impression a sa valeur, quand elle est la résultante d'observations quotidiennes, quand elle s'appuie, non pas sur une autorité personnelle toujours faillible, mais, sur les observations d'une généralité d'individus. Le sens clinique éduqué, est, en l'occurrence la meilleure chose ; ce n'est pas que l'envie nous ait manqué d'appliquer dans notre examen tout le rigorisme scientifique, mais, quelles sont les bases solides auxquelles nous demandons appui ?

Qu'on en juge par les critiques nombreuses qu'on a

déjà faites à la méthode expérimentale. Pour mon compte, je l'ai essayée. Ayant pris 15 enfants, entre 7 et 9 ans, enfants jugés normaux, je leur ai appliqué la méthode des tests, et, je suis arrivé aux résultats les plus contradictoires qu'il soit possible d'imaginer ; les ayant classés après chaque période d'examen de 1 à 15 d'après leurs résultats, j'ai obtenu aux différents intervalles où je les examinai de telles interversions dans le classement qu'il m'est même impossible de les schématiser. Et pourtant les conditions d'examen étaient toujours les mêmes, s'effectuant à la même heure, les questions étant posées dans un ordre immuable et le coefficient restant le même d'un examen à l'autre. Et j'avais la confiance de mes petits élèves!, assis sur mes genoux, ils se sentaient aussi à l'aise que sur leur cheval de bois. Qu'eût-ce été si je m'étais posé devant eux en juge, si je leur étais apparu en étranger dont le visage inconnu d'eux n'aurait pas manqué de les impressionner. Reconnaissons toutefois les grands services qu'on aurait pu attendre de cette méthode car les manifestations du déficit psychique sont essentiellement complexes, et il faut une longue expérience pour les apprécier. Souvent, en effet, on a peine chez un hypersthénique à reconnaître le déficit intellectuel et à en juger le degré : se présentant l'œil vif, l'esprit prompt, jamais à court de réponses souvent plausibles, si la distraction et l'instabilité sont le propre de sa nature elle est variable, inconstante, et peut être retenue, pendant un temps suffisant à l'examen. Au contraire l'hyposthénique fait plus souvent l'impression d'un arriéré,

surtout si on le juge par les résultats scolaires, car, c'est souvent un paresseux. Or ce qu'il importe de savoir c'est « si un enfant apathique et paresseux se montre ainsi par goût, par caractère, par choix délibéré ou bien par simple paresse ou faiblesse d'esprit ; cette distinction est de premier ordre au point de vue social, car une éducation et un traitement bien conduits peuvent redresser ou combattre avec succès le paresseux par entraînement, tandis qu'ils seront le plus souvent sans effet sur le paresseux par plaisir ou par tournure d'esprit » (Cruchet).

Le moment est venu maintenant d'étudier les éléments de ce déficit psychique. Il peut porter sur toutes les fonctions cérébrales, attention, mémoire, jugement... La *mémoire* est le plus souvent diminuée d'une façon notable. Tout le monde sait la part qui revient aux organes des sens dans cette opération de l'esprit ; ils y ont tous la leur et elle varie suivant l'objet à évoquer ; le plus souvent, c'est entre eux une association heureuse pour obtenir une représentation exacte. Mais la mémoire *sensorielle* est une mémoire inférieure en comparaison de celle qui se crée par la pratique et qui se développe avec l'âge ; celle-ci exige de l'attention et des associations d'idées. La représentation de l'objet n'y a qu'une part secondaire ou nulle ; elle ne sert le plus souvent que de point de repère à l'idée. Aussi c'est surtout sur cette mémoire psychique que va porter le déficit. On peut voir certains idiots doués d'une mémoire très grande, mais c'est une mémoire des sens où chaque représentation répond à quelque chose de fixe ; on ne

peut pas mieux la comparer qu'au phonographe qui répète à satiété le son enregistré sur la pellicule. Il y a comme on dit en psychiatrie stéréotypie, opération où la compréhension n'a pas sa part et où les gestes ne sont que des gestes d'automate. Nous avons dans nos observations un merveilleux type d'*amnésie scolaire* que nous ne pouvons nous empêcher de rappeler ici. L'instituteur qui nous l'amène raconte que l'enfant au point de vue intellectuel s'était développé normalement et même rapidement. Il savait lire, écrire et compter d'une façon très correcte, capable même d'opération simples. Et puis, aux vacances, il part deux mois au bord de la mer ; quand il revient il ne savait plus rien de ce qu'il avait appris ; il avait bien encore la notion du chiffre, disant 2-4 et l'écrivant, mais il ne pouvait pas retrouver leur ordre de succession ; quant aux lettres de l'alphabet il n'arrivait à les former qu'avec peine, il était absolument incapable d'écrire ou de lire un mot de plus de deux lettres.

L'attention a un rôle primordial dans le fonctionnement de la mémoire ; aussi leur trouble est-il le plus souvent associé ; un défaut d'attention est fréquemment quelque chose d'objectif : on voit l'enfant ne pas écouter ce qu'on dit autour de lui, ne pas achever sa phrase quand il répond à une question qu'on lui pose, s'arrêter pour regarder d'un côté ou de l'autre ce qui se passe ; il accuse une instabilité. Il y a par opposition l'inattentif qui paraît prêter attention. Il vous fixe d'un regard normal à peine perdu, fait même par instants des signes d'approbation de la tête, répète une fin de phrase, mais

si on lui demande de redire ce qu'on vient de dire il en est absolument incapable. Ce peut être aussi totalement le contraire, combien d'enfants qui paraissent distraits, ne pas écouter et qui étonnent de savoir tant de choses.

Affaiblissement de la mémoire, défaut d'attention, électifs ou complets, voilà donc deux troubles fréquents et ordinairement associés. Ils ont pour corollaire des modifications notables de l'*activité intellectuelle*. N'ayant plus les moyens nécessaires au développement de leur intelligence, les enfants restent stationnaires ; même en suscitant leur effort, ils ne progressent que lentement parce qu'ils se fatiguent vite ; et ne pas progresser, c'est reculer. Le déficit du *jugement* va se développer et apparaître d'autant plus marqué que l'enfant avancera en âge. C'est que le jugement est une opération d'un ordre élevé, complexe, et qui exige avant tout une mémoire fidèle permettant les comparaisons, les associations d'idées et de l'attention sans laquelle il n'est pas de bonne mémoire. Aussi le manque de jugement est ce qui traduit le mieux le déficit psychique d'un individu. Il sera souvent difficile à discerner chez l'arriéré scolaire qui est en quelque sorte un arriéré supérieur si on le compare à l'imbécile et à l'idiot. L'éducation dans la précocité du jugement à une importance considérable chez le sujet sain ; il n'en est pas de même chez l'arriéré qui subit sa tare : ses paroles ou ses actes ne sont pas d'un enfant de son âge ; doués d'une crédulité plus ou moins marquée, ils sont insouciants, contents d'eux.

On verra, en parcourant nos observations, combien la colère, la gourmandise, le mensonge, le vol existent à un tel degré qu'ils deviennent des signes de grande valeur pour affirmer le diagnostic. Très émotifs, ils sont souvent d'un caractère craintif, facilement impressionnables et sujets à des actes impulsifs parfois violents ; même chez les endormis, il y a de ces réveils de réactions terribles. La jalousie, la gourmandise trouvent chez eux un bon terrain pour se développer. Souvent, ils aiment faire souffrir les animaux ou leurs semblables tirant les cheveux de leurs frères et sœurs ou leur lançant des taloches.

Observation 35. — Pier..., griffe ses frères et sœurs.

Observation 10 *bis*. — Fou..., ment : « brode avec un art parfait », nous dit sa mère.

Observation 28. — Meu..., Jeanne, 14 ans 1/2 : est jalouse de sa mère, parce qu'elle même n'est pas encore mère.

Observation 2. — Barb..., colère à se trouver mal.

Observation 3. — Briss..., kleptomane, peu affectueux, mythomane.

Observation 5. — Bret..., kleptomane, gourmande, menteuse ; prend plaisir à salir avec de l'encre les tabliers de ses camarades.

Les observations 5, 9, 19, 37, 46, 47, 49 signalent la kleptomanie.

Observation M, relate un fait type d'amnésie scolaire.

Observation L, est un bel exemple d'instabilité :

Lorsqu'on dit à l'enfant d'écrire un mot, il trempe sa plume dans l'encrier, regarde de tous les côtés, écrit

une lettre, puis de nouveau retrempe sa plume ; il écrit rarement plusieurs mots de suite.

On reconnaît dans tous ces cas l'absence de l'influence heureuse du jugement qui chez un sujet normal est là pour donner la mesure aux instincts et aux impulsions naturels. Aussi volent-ils sans scrupule, par plaisir, ou plutôt pour aider à la satisfaction d'un autre vif penchant, et s'acheter, par exemple, des friandises.

L'*affectivité* n'est pas de règle, loin de là, et quand elle paraît exister elle est d'une allure désordonnée ; 'est souvent aussi l'intérêt qui la commande. Elle procède par poussées, par impulsions ; ce n'est pas de l'affectivité au sens propre du mot qui indique une certaine continuité et une part d'altruisme, c'est l'instinct de l'animal qui revient vers sa mère quand il a peur ou qui la suit quand il a faim, avec des élans maladifs de tendresse, des besoins irrésistibles d'embrassements succédant à des crises de haine. Chez d'autres, ces sentiments d'affectivité sont peu ou pas modifiés. Ce qui est plus constant, ce sont les troubles de la *volonté*. L'arriéré est ordinairement un faible. On ne le voit pas toujours au premier abord, car parfois cette faiblesse se dissimule. On prend pour des actes volontaires, des actes simplement impulsifs. En fait, la volonté n'existe pas et ils sont suffisamment impressionnables et émotifs pour subir une volonté plus ferme et lui céder. C'est ce qui explique que certains d'entre eux sont plus souvent des vicieux par imitation que des vicieux par essence, mais le vice chez eux est grave car il germe sur un terrain tout préparé pour lui faire rendre son maximum d'effet. Ces

actes impulsifs qui ne sont pas soumis au contrôle de la volonté et du jugement peuvent les rendre dangereux. Ils y sont plus ou moins sujets ; c'est que les arriérés se présentent sous deux aspects généraux opposés.

Les uns, dans leur *aspect général*, comme nous l'avons déjà laissé entendre, sont agités, indisciplinés ; les autres, au contraire, sont des apathiques aux réactions lentes. Et pourtant les uns et les autres accusent un déficit psychique qui en fait des arriérés mais il semble que chez l'un il y ait « éparpillement » (Cruchet) des facultés cérébrales qui l'empêchent de profiter, et chez les autres, au contraire, un engourdissement de ces facultés aboutissant à un résultat semblable. Ceci laisse entrevoir deux méthodes de traitement bien différentes suivant celle de ces catégories dont fait partie l'enfant difficile.

C'est la première division clinico-pédagogique qui s'offre à l'esprit quand on s'occupe des arriérés scolaires aussi ne s'étonnera-t-on pas de la trouver à la base de toutes les méthodes de redressement proposées tant en France qu'à l'étranger. Mais cette division n'a rien d'absolu, les signes de dépression et d'excitation pouvant se rencontrer alternativement chez le même sujet, constituant ainsi le type mixte cyclothymique (Roubinovitch).

Nous n'avons encore rien dit de *l'onanisme* qu'on relève dans la plupart de nos observations. Cela tient croyons-nous qu'elles ont été recueillies dans un milieu pauvre, où l'enfant est plus exposé aux mauvais exemples. Tout le jour, les parents travaillent et lui court la

rue, où il trouve des aînés pour le renseigner. On parle aussi plus ouvertement de ces choses devant lui parce que l'espace où vit la famille est restreint, il n'y a souvent qu'une pièce et qu'un lit! Certains cas relèvent chez les petites filles surtout d'une mauvaise tenue des organes, elles ont du prurit et souvent de la leucorrhée, « ça les démange » et elles se grattent, de là à se toucher, il n'y a qu'un pas. Citons encore l'onychophagie. Est-ce bien là un stigmate de dégénérescence; on a peine à le croire quand on connaît des faits comme ceux qui se passent dans certaine ville d'Amérique où presque tous les habitants si ce n'est tous, jeunes et vieux, riches et pauvres, au milieu des occupations les plus graves ou les plus faciles, ont continuellement dans la bouche de la gomme à claquer. Bien plus grave est la tendance à l'automutilation comme nous le verrons dans l'observation 17. Hur..., s'arrache les ongles des pieds, s'écorche les genoux et dans l'observation Barb..., se pince par plaisir jusqu'au sang ou se mord avec violence; certains préfèrent s'enfoncer des épingles. Un de nos malades présentait une coprolalie telle qu'elle désolait son entourage, famille de petits bourgeois n'ayant pas pour habitude d'employer les termes orduriers dont il faisait usage dans son vocabulaire; elle se manifestait même auprès d'un étranger devant lequel par ailleurs il se serait senti intimidé. Disons, qu'envoyé à la campagne, il s'est complètement démis de cette mauvaise habitude en quelques mois. Le bégaiement se rencontre souvent dans ses différentes formes et aussi des manies de toute nature (avec la kleptomanie déjà citée et

la coprolalie la manie de cacher, la manie de mordre, la manie de briser) et également des tics de tous ordres comme nous le verrons.

Telles sont les tares psychiques qu'on peut rencontrer chez *l'arriéré scolaire vrai*. Nous répéterons ce que nous avons déjà dit, c'est-à-dire leur extrême variabilité, dans la forme et dans le degré. Ce que nous venons de décrire, c'est une vue d'ensemble et suivant que le déficit porte sur un mode d'extériorisation psychique ou sur un autre, ou sur plusieurs, ou en petite quantité, ou en abondance, on a des types cliniques essentiellement différents. C'est dans l'appréciation de ces formes qu'on peut dire du diagnostic de l'arriération scolaire, qu'il est un diagnostic de fréquentation et dans celui du degré, qu'il est un diagnostic de nuances. C'est à la différenciation de ces nuances et à l'étude de leur groupement logique, que s'attache notre maître, le Dr Roubinovitch dans ses conférences cliniques. Il en a déjà communiqué des résultats au dernier congrès de médecine de Budapest; sans doute les nombreux sujets qu'il lui est donné de voir à sa consultation externe de Bicêtre et à l'Asile du Sauvetage de l'enfance, lui permettront d'éclairer d'un jour nouveau les problèmes de clinique et de thérapeutique qui se posent devant cette si intéressante catégorie d'enfants.

A ce déficit psychique peuvent se trouver associées des lésions somatiques portant sur les différents appareils de l'économie ; aussi allons-nous les passer en revue en commençant par les plus importants les ORGANES VISCÉRAUX.

Tube digestif. — *Le rachitisme* est très fréquent chez les arriérés des écoles et on sait les relations qui existent entre cette forme de dystrophie osseuse et le fonctionnement défectueux de l'appareil digestif.

Nous avons déjà appelé l'attention sur l'influence d'une mauvaise alimentation sur le développement psychique des enfants faisant d'eux d'abord de simples retardataires, mais pouvant à la longue amener un déficit réel et permanent.

Citons encore comme signalées les formes associées à l'obésité, l'athrepsie dans ses formes d'hypotrophie (Variot) les affections du foie et de la rate, particulièrement dans les formes de cirrhose biliaire hypersplénomégalique (Gilbert, Hayem, Lereboullet) où à l'amoindrissement physique correspond un amoindrissement psychique.

Appareil circulatoire. — *L'infantilisme mitral* en est le type. La lésion sténosante est congénitale ou acquise au cours d'une affection infantile. Par ses effets, elle influe sur le développement de l'organisme. Le cerveau n'en est pas exempt. J'ai eu occasion, étant élève du Dr Bergé, d'observer un beau type de puérilité portant sur les fonctions cérébrales chez une femme d'environ 35 ans atteinte de rétrécissement mitral depuis l'enfance. Toute lésion du cœur survenue dès le jeune âge et entraînant une mauvaise irrigation sanguine peut avoir des effets analogues.

Ley a attiré l'attention sur les modifications du sang dans ses éléments histologiques et chimiques; le nom-

bre des globules rouges et le taux de l'hémoglobine seraient diminués.

Appareil respiratoire. — Les végétations *adénoïdes* si fréquentes chez nos enfants ne sont souvent qu'une cause de gêne faisant d'eux des retardataires. Fréquemment aussi par l'importance des troubles qu'entraîne le développement de ces néoplasies, l'enfant se présente avec un habitus particulier dit *adénoïdien :* visage allongé, bouche entr'ouverte, facies pâle, prognathisme du maxillaire inférieur, voûte en ogive... Le retentissement direct de la lésion est l'incomplet développement de la cage thoracique mais les troubles apportés à l'hématose par suite de l'aération défectueuse peuvent manifester leur influence jusque dans les sphères supérieures, aussi l'arriération scolaire est-elle, on peut dire, la règle chez les adénoïdiens.

Reins. — Très intéressantes aussi les lésions rénales. A *l'albuminurie familiale* décrite par Talomon, Arnozan, à la *débilité rénale* de Castaigne, répondant à une catégorie d'individus n'offrant pas la résistance suffisante aux infections et intoxications et laissant passer de l'albumine dans les urines à la moindre cause, correspond un psychisme particulier sur lequel on est mal renseigné. Ces enfants sont en effet mal développés et à première vue des malingres. Il serait intéressant de préciser ce point : la fatigue physique et intellectuelle que l'on constate chez les albuminuriques diminue certainement quand il s'agit d'un enfant son aptitude scolaire.

A ce sujet la notion de l'hérédité directe particulière-

ment de l'hérédité pathologique,comme la notion d'une néphrite au cours de la grossesse offre une importance considérable. Il semble bien en effet que l'aplasie artérielle que l'on avait invoquée pour expliquer cette prédisposition à l'albuminurie est insuffisante par elle-même à faciliter la production de ce symptôme. Il faut ainsi que le pense Castaigne que ces sujets portent une altération du filtre, épithéliale la plupart du temps.

Glandes a sécrétion interne.— Nous ne reviendrons pas ici sur l'influence qu'exerce les différentes variétés de lésions qui atteignent le *corps thyroïde*.C'est une question trop connue de tous.On se rappellera que tous les degrés existent dans le myxœdème et combien il est important de les dépister ; d'où, nécessité d'une palpation habituelle de cette glande chez tous les arriérés. En ce faisant,on se rendra compte combien l'atrophie du corps thyroïde est fréquente ; même si on ne la constate pas, il ne faudra pas hésiter en présence de sujets apathiques, endormis, plus ou moins bouffis, épaissis, de prescrire le traitement d'épreuve ; on verra ainsi s'accroître le nombre des succès thérapeutiques et c'est pour l'avoir fait méthodiquement que Léopold Lévi à l'hôpital Rothschild a enregistré de si nombreux cas d'amélioration chez des arriérés psychiques ou des sujets porteurs de lésions laissant un doute sur la possibilité de leur origine thyroïdienne.Il semble que les troubles de la sécrétion du *thymus* se manifestent surtout par des modifications dans le développement des os qui deviennent mous et flexibles.

L'altération fonctionnelle du *testicule* et des *ovaires*

retentit d'une façon si manifeste sur le développement des individus, qu'elle a été signalée depuis les temps les plus reculés. La mentalité féminine des castrats mâles est pourtant plus évidente que celle des castrats femmes. Nous n'insisterons pas sur le physique de ces individus : visage glabre, voix grêle, arrondissement des formes, hypertrophie des seins pour les mâles ; au contraire, voix forte, aspect viril, développement du système pileux chez les femmes. Dans ces cas l'opothérapie testiculaire ou ovarienne peuvent être d'un heureux effet.

L'hyperexcetabilité génitale chez les arriérés est un fait avéré ; elle est causée moins par le développement naturellement précoce de ces organes que par la facilité avec laquelle ils imiteront des exemples qu'ils auront eu sous les yeux ; ils trouvent leur plaisir augmenté de ce fait que c'est une chose défendue et partant qu'elle devient un vice. Il semble que c'est moins la masturbation, fait banal dans une agglomération d'écoliers qui retentit sur le psychisme que le contraire : c'est l'arriération mentale de ces enfants qui fait de cet acte par leur précocité, leur répétition et les raffinements qu'ils peuvent y apporter, un vice.

Glande pituitaire. — Acromégalie, gigantisme auxquels répondent un certain état de débilité mentale, tels sont les deux gros signes par lesquels se révèlent les lésions de cette glande.

Motricité. Sensibilité. — L'arriération scolaire peut se voir chez des enfants atteints de lésions organiques se traduisant par de la paraplégie avec syndrôme de Little, de l'hémiplégie spasmodique, de l'athétose

double, de la chorée. Ley a signalé la diminution de la force manuelle au dynamomètre qu'on retrouve plus accentuée chez les idiots. Il en résulte une lenteur ou un désordre dans les mouvements du membre supérieur. Au membre inférieur, la faiblesse musculaire peut se traduire par une démarche traînante ou maladroite, mais ces troubles sont peu accentués dans la catégorie d'arriérés qui nous occupe. Les troubles de la parole que nous avons déjà signalés, peuvent relever en partie de cette asthénie musculaire généralisée ; bredouillement, bégaiement blésité dont la distinction a été faite par Bourneville.

Les troubles de la sensibilité ne se montrent guère que dans les cas d'association à l'arriération de l'hystérie.

Plus fréquentes, sont les déformations osseuses. En dehors du rachitisme dont nous avons parlé, il en est d'autres qui ne sont pas toujours en rapport, d'ailleurs, avec l'état d'arriération et au contraire certaines déformations se rencontrent chez des enfants très intelligents. Ce peut être une symétrie dans les diamètres de la tête au lieu d'une asymétrie normale due à la plus grande longueur du diamètre antéro-postérieur. Si ce dernier l'emporte par trop, le crâne est dit dolichocéphale.

L'hydrocéphalie est une lésion plus grave accompagnant l'idiotie. Il y a microcéphalie, si la tête est petite, macrocéphalie, si elle est grosse, acrocéphalie, si elle est pointue. Le crâne peut être aussi plus ou moins natiforme.

Voilà les lésions physiques qui peuvent accompagner

le déficit psychique. Il est maintenant des cas où ce dernier est associé à des névropathies ou psychopathies infantiles. Nous avons déjà dit que l'arriération pouvait être le point de départ d'une psychopathie grave.

Épilepsie. — S'il est des épileptiques dont l'état mental ne présente aucune anomalie, le plus souvent ils montrent une mobilité de caractère et un affaiblissement des facultés intellectuelles. Les sujets épileptiques qui ont des crises ne sont pas acceptés dans les écoles, nous avons donc surtout à envisager les autres manifestations de l'affection, c'est-à-dire les équivalents psychiques de l'épilepsie. Syndrômes d'excitation, syndrômes de dépression ou formes alternantes. Ce sont chez les enfants des crises de colère brusques pouvant prendre une grande intensité, se traduire par des gestes de violence, des propos incohérents, des actes obscènes. Ce sont des injures, des coups ou des crises coprolaliques. Il existe aussi une forme d'automatisme ambulatoire décrite par Charcot, et qu'on rencontre chez l'enfant: il se lève soudainement, se dirige vers un point donné et revient à sa place. Il semble qu'il s'agisse d'une bizarrerie de caractère, mais en réalité, si on interroge l'enfant et qu'il soit en âge de comprendre ce qu'on lui demande, on peut se rendre compte qu'il a vécu là un instant dans un de ces états seconds, sorte d'état de rêve, dans lequel le malade perd le contrôle et la direction de ses actes. Ou bien, c'est un arrêt au cours de l'étude, pendant lequel le visage pâlit, le regard devient vague et cela peut aller jusqu'au vertige. De tels accès pourront laisser après eux une grande lassitude,

des maux de tête, ou s'accompagner d'émission d'urine.

Hystérie. — Ce qui caractérise les jeunes hystériques, c'est avant tout le côté fantasque, capricieux et bizarre, de leur caractère, en même temps qu'une grande apparence d'intelligence. Le propre de l'hystérie est une impressionnabilité extrême des centres psychiques, d'où le grand développement de l'esprit d'imitation. Ils sont en même temps insouciants, incohérents, superficiels, et voilà des choses bien difficiles à juger chez un enfant où les symptômes moteurs et sensitifs font le plus souvent défaut. Ces signes de présomption augmenteront encore de valeur si l'enfant est sujet à des crises de somnambulisme bien que tous les auteurs ne s'accordent pas pour rattacher ce syndrôme à l'hystérie. Enfin, rappelons qu'elle coexiste souvent avec l'épilepsie.

La *neurasthénie* est assez rarement associée à l'arriération scolaire, aussi ne ferons-nous que la rappeler pour mémoire, au surplus, elle atteint ordinairement des enfants intelligents.

Dans la *chorée de Sydenham*, l'état mental se traduit par une inégalité d'humeur, une impressionnabilité excessive qui assure cette mobilité nerveuse qui est le propre de cette affection. L'intelligence souvent normale ou même au-dessus de la moyenne peut être atteinte et particulièrement l'attention et la mémoire, ce qui a permis de dire à Lasègue que le choréique est paresseux, bêta, indolent. Mais ce sont là les cas graves accompagnés souvent d'hallucinations visuelles, de terreurs nocturnes, de profondes modifications du caractère et de manifestations vésaniques graves.

Pour la plupart des auteurs, les troubles psychiques font partie intégrante du tableau de la chorée de Huntington. Ce qui fait le fond de l'état mental, c'est l'irritabilité extrême ; capricieux, agressifs, ils se disputent aisément. Les idées mélancoliques, peuvent se développer et s'accompagner d'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles.

L'arriération scolaire associée aux manifestations d'une des lésions que nous venons de passer en revue revêt un caractère un peu spécial avec chacune permettant de concevoir autant de formes cliniques. On pourrait en décrire beaucoup d'autres en s'appuyant sur la prédominance d'un symptôme : kleptomanie, onanisme, nervosisme agité, arriération avec délire de persécution, etc.

C'est en nous basant sur cette idée que nous classons les observations qui vont suivre. Nous les rangeons en six séries.

Les *quatre* premières séries comprennent les cas où l'arriération scolaire existe seule. Elle est entité morbide et se traduit par un déficit psychique dont nous avons étudié les éléments. Toute classification ici devient symptomatique ; partant elle est mauvaise, étant donnée la variabilité de la symptomatologie chez un même sujet. Mais elle est nécessaire pour mettre de l'ordre dans les idées. Aussi verra-t-on rangés dans la série 1 tous les cas où la marque dominante du déficit est *l'instabilité* ; la série 2 est la série des *hypersthéniques* proprement dits. La série 3 est réservée aux *kleptomanes* et aux *mythomanes* ; ce sont deux symptômes très souvent au premier plan dans ce tableau clinique

et primant tous les autres, aussi rangeons-nous un certain nombre de cas de ce genre en une série spéciale. Enfin dans la série 4 on verra réunies des observations diverses (infantilisme, amnésie scolaire...) que nous n'avions pas en assez grand nombre pour réunir en séries spéciales.

La seconde catégorie, c'est-à-dire les *séries* 5 *et* 6. Là l'arriération scolaire se manifeste chez des individus présentant par ailleurs des signes d'une névropathie (série 5) ou des lésions organiques (série 6), les unes et les autres ordinairement cause de l'arriération scolaire constatée (Tiquose. Chorée. Epilepsie... Syndrôme de Little, myxœdème frustre...).

OBSERVATIONS

Ces observations ont été recueillies à la consultation du Dr Ronbinovitch à l'hospice de Bicêtre et à l'Asile de Sauvetage de l'Enfance. Nous avons dit longuement que la façon de juger de l'état mental par les tests psychiques ne nous satisfaisait pas ; on ne la verra donc pas appliquée. Nous basant sur l'opinion de l'instituteur qui est une opinion de pleine valeur, nous avons contrôlé ses dires et appliqué les ressources cliniques habituelles à la constatation du déficit psychique à savoir :

Désignation par l'enfant d'objets courants, d'images, de couleurs.

Interrogatoire sur ses connaissances de l'École, calcul mental, opérations simples, classement des poids d'après leur valeur arithmétique. Exercices élémentaires de dessin, de lecture.

Questions simples. — Comparaisons. — Evocations de souvenirs. — Détermination de dates. — Les renseignements de l'instituteur sur le degré d'instruction de l'enfant.

Tout cela suffit à établir des signes de présomption non pas de certitude. Ceux-là nous sont fournis par l'interrogatoire de l'enfant et de son entourage, interrogatoire portant sur le caractère (colère, tristesse, violence...) sur les sentiments affectifs, l'impressionnabilité, les instincts (vol, gourmandise, mythomanie, onanisme, mutilations, brutalité, vanité).

Nous notons ses tares objectives, tics, troubles de la vue, de l'ouïe, de la parole, de la démarche ; nous notons les déformations osseuses, les cicatrices, les adénopathies, le volume du corps thyroïde, l'état de réflexes.

Nous nous enquérons de l'état de ses fonctions digestives, rénales, respiratoires, circulatoires, sensitives et motrices.

En un mot l'examen est le plus complet possible, aucun détail ne devant être négligé, l'enfant ne devant pas être vu une fois mais plusieurs fois, les parents interrogés longuement en leur demandant de préciser, de répéter à nouveau ce qu'ils ont dit.

Les conditions dans lesquelles se sont effectuées la grossesse, l'accouchement ; le mode de l'alimentation qu'a reçue l'enfant, l'époque de ses premières dents, de ses premiers pas, l'âge auquel il a parlé, son hérédité pathologique (toxi-infections, chutes, convulsions) son hérédité familiale, père et mère, grands-parents frères sont autant de points qu'on devra chercher à éclaircir.

PREMIÈRE SÉRIE

Observation 1. — Bret. Cécile, 8 ans.

A Paris depuis seize mois. A la maladie du pays dit l'oncle.

Antécédents héréditaires : Père: méningite cérébro-spinale à 27 ans. Un oncle paternel est mort à 8 ans après avoir eu une maladie nerveuse dans laquelle il tournait la tête de droite à gauche; pendant cinq ou six ans.

Mère: Sèche, travaille dans les champs.

Frère: 7 ans.

Antécédents personnels: Rien à signaler.

Examen : Il y a dix mois a manqué d'être violée. Voleuse, gourmande, menteuse, paresseuse. N'est affectueuse que quand on lui donne des sous. Méchante. Salit avec de l'encre les vêtements de ses camarades. Tourmente les animaux (chats). Boudeuse. Triste. Déprimée. Ne parle pas.

Sait ses lettres mais ne peut les assembler. Ne sait même pas écrire papa: il y a deux ans qu'elle va à l'école. Pourtant répond bien aux questions qu'on lui pose. Se souvient qu'à la campagne où elle vivait il y avait des vaches, qu'on leur donnait du sel. Elle les nomme par leur nom, il y en avait quatre (c'est exact) deux rouges, une noire et blanche, une blanche. Elle n'aimait pas à s'occuper d'elles, elle préférait courir. Les punitions ne la touchent pas et quand elle fait mal, elle sait bien qu'elle sera punie, cela ne l'arrête pas. Quand un homme a voulu la violer elle dit qu'elle se serait laissée faire qu'elle ne se rendait pas compte et qu'elle n'aurait pas crié s'il ne lui avait pas fait mal ; il l'aimait bien puisqu'il l'embrassait mais il l'a jetée trop brutalement par terre alors elle a eu peur, l'a mordu

et a cherché à se sauver en criant. Depuis elle est très craintive. C'est elle qui raconte tout cela.

R. — HYPOSTHÉNIE, IRRITABILITÉ.

Observation 2. — FALT Georges, 8 ans, 18 décembre 1906.

Antécédents héréditaires : Père, couvreur, 33 ans, bien portant, sobre. Mère, blanchisseuse, 32 ans, sent le vin. A eu neuf enfants; cinq, morts en venant au monde; l'un mort à 5 ans de méningite, deux frères et une sœur bien portants.

Antécédents personnels : Rougeole à 2 ans. A marché à 2 ans et demi. A parlé à 2 ans.

Histoire de la maladie : Maux de tête depuis 2 ans et demi- Un plaisir depuis qu'il est au monde le fait trembler; une observation fait la même chose; peureux, menteur, parfois brutal avec ses camarades. Incontinent ; urine dans son pantalon parfois mais plutôt dans son lit la nuit.

Examen: Ne sait pas compter mais lit les mots simples. On se rend compte qu'il est très émotif. Quand une porte s'ouvre il tressaille, il a peur de ce qui l'entoure. Paraît intelligent. Sait compter jusqu'à cent et sa table de multiplication jusqu'à sept Répond bien où il demeure et sur ses jeux ; mais il est paraît-il distrait quand il lit, quand il calcule et quand quelque chose ne va pas il le quitte. Quand il a eu une mauvaise note, il ne veut plus retourner à l'école.

R. — INSTABILITÉ. EMOTIVITE. HÉRÉDITÉ ALCOOLIQUE. CONVULSIONS INFANTILES. INCONTINENCE.

Observation 3. — MISS... André, 14 ans 4 mois, 12 novembre 1908.

Antécédents personnels : Né à terme. Elevé cinq mois au sein

puis lait stérilisé. Première dent, 9 mois. Pas de convulsions mais toujours coléreux. Varicelle. Rougeole à 6 ans. Végétations adénoïdes quand il avait 33 mois. Oreillons. Marché à 15 mois. Parlé 17 à 18 mois n'a bien prononcé qu'à 2 ans 1/2. Très propre de bonne heure.

Antécédents héréditaires Père : mort à 26 ans. Tuberculeux. Non buveur. Intelligent. Honnête.

Mère : 40 ans. Nerveuse. Ouvrière des tabacs depuis 20 ans. Pas d'autres enfants. Pas de fausses couches.

Etourdissements. Deux enfants dont un mort à 17 mois.

Grand'mère maternelle : Alcoolique invétérée morte à 51 ans. Cancer.

La mère l'amène parce que depuis le mois de janvier il a dû quitter le travail.

Tarreurs nocturnes et diurnes, vagues. L'enfant erre toute la journée par les rues et les terrains vagues. Très autoritaire ; placé quatorze fois. Ne montre aucun esprit de suite. Grimaces bizarres. Gestes incohérents et étrangers (ils sont décrits à la fin). Tout petit était déjà drôle. Nerveux avec les autres enfants, brutal, capricieux affectueux avec les siens, mais préfère être seul. Dans ses accès de colère, s'arrachait les cheveux et les mangeait.

Renvoyé de l'école à 4 ans. Ne se rongeait pas les ongles. Ne se touchait pas. Pas brutal ordinairement pour les animaux ; dernièrement aurait jeté un chat par la fenêtre. Pas de tendance à voler.

Dans une école d'enfants indisciplinés : a appris à lire et à écrire à 7 ans. Certificat d'études 12 ans. Appréciation des maîtres: intelligent mais paresseux, caractère difficile.

A presque rien gardé de son instruction primaire ; se laisse dérouter dans les problèmes élémentaires.

Son apprentissage a été très pénible car il manque d'esprit de suite.

Etait distrait. Riait sans raison. Plaisantait avec les clients. Jouait avec les chiens. Ecrivait sur les devantures de boutique. Aussi a essayé un peu tous les métiers.

Examen somatique : Aspect adénoïdien. Grosses lèvres. Prognathisme, léger. Yeux gros fermés comme morts. Nez un peu en lorgnette. Réflexes normaux. Organes génitaux : bien développés. Poils au pubis.

Gestes à type de mouvements chloréiformes :

L'enfant explique qu'il éprouve le besoin de dessiner dans l'espace avec le doigt le contour des objets auxquels il pense, mais il en est qu'il fait lorsqu'il ne pense à aucun objet ; ils sont involontaires.

Ceux qu'il fait pendant le repos il les explique parce qu'à ce moment son esprit est inoccupé.

Pour l'instant rêve d'être électricien, la mécanique a toujours eu pour lui un grand attrait, il aime les livres qui en traitent... cependant sur ce point il ne formule pas de grands projets.

Il aime tout de même mieux vagabonder à son propre caprice. Aussi il prend le métro et utilise le même ticket plusieurs heures en changeant aux bifurcations.

Mythomanie.

R. — Instabilité mentale chez petit-fils d'alcoolique augmente a l'age de la puberté. — Début possible de démence précoce. Aspect adénoïdien.

Observation 4. — Frein... Édouard, 10 ans, 9 juillet 1908.

Antécédents héréditaires : Père : mort. Alcoolique et tuberculeux.

Mère : bien portante. Rien dans la famille. Un garçon de 15 ans. Bien portant.

Antécédents personnels : Enfant né normalement. Grossesse normale. Élevé au biberon. Pas de maladies d'enfance autres que convulsions et une bronchite à 4 ans. Marché à 22 mois. Parlé à 4 ou 5 ans.

Examen : Actuellement parle peu et très mal. On lui a coupé les amygdales l'année passée. A été à l'école trois ans. N'a rien pu apprendre. Commence à lire depuis un an. Sait un peu écrire, signe son nom. Parle comme s'il avait de la bouillie dans la bouche. Il sait à peu près s'orienter. Compte jusqu'à 20.

D. Combien font 2 sous et 4 sous ? R. 5 sous.

D. Combien font 3 sous et 2 sous? R. 5 sous après hésitation.

D. Combien font 3 sous et 5 sous? R. 6 sous.

D. Combien font 6 billes et 5 billes ? R. 6 billes.

D. Rappelez-moi ce que je viens de vous dire? L'enfant ne se rappelle plus au bout de quelques secondes. Joue toute la journée. Adroit au jeu. D'après la mère l'enfant fait quelques commissions, il rapporte bien l'argent. L'enfant paraît toujours inattentif à ce qu'on lui dit. N'est pas cruel. Ne chipe pas.

Examen somatique : Face triangulaire. Type très atténué d'hydrocéphalie. Dents très mauvaises. Ectopies dentaires. Végétations adénoïdes probables. Dort la bouche ouverte. Voix nasonnée. Nez évasé. Entend bien. Voûte palatine ogivale. Pu-

pilles normales. Non gâteux. Poumons, cœur : normaux. Langue normale.

R. — Instabilité. Végétations adénoïdes. Convulsions infantiles. Hérédité alcoolique. Légère hydrocéphalie.

Observation 5. — Dorf... Charlotte, 10 ans 1/2, 11 juin 1908.

On amène l'enfant à cause du retard dans son éducation.

Antécédents héréditaires : Père: jamais malade. A du strabisme. Exerce la profession de voyageur de commerce. Grand-père paternel a eu une maladie nerveuse. A la suite d'une chute de cheval, paralysie agitante. Mère : bien portante. Une tante de sa mère était mélancolique. La mère a eu une ou deux fausses couches.

Antécédents personnels : Née à 7 mois, donc 2 mois avant terme. A commencé à marcher vers 2 ans, parler vers 2 ans 1/2.

Pas de maladies.

Examen psychique : Très affectueuse. Paraît extraordinaire pour tout ce qui est nouveau, mais cela ne dure pas, bien vite elle ne travaille plus, aussi ne fait-elle pas de progrès en orthographe ni en calcul.

Examen somatique : Squelette : Microcéphalie. Dents mal implantées. Voûte ogivale. Sternum enfoncé à sa partie inférieure. Scoliose légère. Démarche naturelle.

Réflexes : Exagération des réflexes rotuliens. Pas de Babinski. Hypermétropie, nystagmus et strabisme interne de l'œil gauche. Choroïdite congénitale à larges plaques pigmentées.

R. — Instabilité. Hérédité nerveuse.

Observation 6. — Guill... Marcel, 10 ans 1/2, 11 mars 1909.

Antécédents héréditaires : Père: bien portant. Nerveux.

Mère: 27 ans. Fièvre typhoïde à 7 ans. Léger strabisme. Un peu émotive, mais pas « nerveuse » à proprement parler. Sa mère avait des crises de nerfs. Un de ses frères mort de méningite tuberculeuse, l'enfant actuel lui ressemble beaucoup.

Antécédents personnels: Né à terme. Allaité par la mère. A marché à 2 ans. Typhoïde à 2 ans 1/2. Soigné à Trousseau. A été à l'école à partir de 7 ans.

État actuel: « Insupportable ». Apprend mal. Est en retard, fait des fugues. Depuis deux ans a passé six nuits dehors. Intelligent, conversations prolongées intelligemment soutenues. Depuis trois ans on se plaint de lui à l'école. N'apprend rien, est puni continuellement. Prend de temps à autre goût à quelque chose, musique, etc., puis abandonne tout brusquement. Instable. En classe, impertinent. Chez lui, extrêmement aimable et poli. Batailleur avec les autres, reste un peu seul, n'a pas d'amis. Curieux, démolit les jouets pour voir comment ils sont faits.

Interrogatoire de l'enfant: De ce qu'il apprend et qu'il aime mieux, c'est l'histoire. Il raconte au sujet de ses fugues, qu'il s'amuse très tard, n'ose pas rentrer chez lui craignant une correction.

Examen somatique: Tête très légèrement hydrocéphale. Voit bien, entend bien. Pas d'adénoïdes appréciables. Voûte non ogivale. Organes génitaux normaux. Réflexes rotuliens non exagérés. Pupilles réagissant normalement. Céphalée de temps en temps. Très bon appétit. Pas d'onanisme.

R. — Instabilité. Hérédité nerveuse.

Observation 7. — Mell... Jean, 7 ans, 11 juin 1908.

Amené par son instituteur pour instabilité. Exemple: lorsqu'on lui dit d'écrire un mot, il trempe sa plume dans l'encre

puis regarde de tous côtés, écrit une lettre puis recommence le même manège. Ceci autant pour la vue que pour l'ouïe. Néanmoins il est intelligent. Lit bien couramment.

A une mémoire suffisante.

Il est au niveau au point de vue pédagogique.

Resté à la campagne jusqu'à 4 ans. Depuis ce temps habite avec ses parents. Joue brutalement, mais intelligemment. Se reconnaît très bien dans les rues. Aime bien la musique. Chante bien.

Antécédents personnels : Venu à terme. 4 livres; à 10 mois 8 livres.

A 1 an convulsions. En a eu plusieurs fois. N'en a pas eu depuis qu'il est avec sa mère.

A eu la coqueluche. Toujours mal à la gorge. A des végétations. Dort la bouche ouverte. Respire mal.

Antécédents héréditaires : Père : mécanicien sobre, bien portant. Rien de nerveux. Mère : bien portante. Pas de consanguinité. Pas de fausses couches. Mariée depuis 22 ans.

Fille de 4 ans bien portante. Quelques migraines.

Examen scolaire : Calcul Impossible $2 \times 3 = 8$.

Incapable de résoudre un problème élémentaire. La mémoire paraît bonne. Raisonne bien. Lit très bien. Dessine suffisamment. Tic des paupières. Dort bien.

Pas d'émission d'urine spontanée pendant la nuit.

Examen somatique: Taille normale. Teint un peu pâle. Assez maigre. Un peu chétif. Crâne normal. Pas d'asymétrie. Oreilles très écartées du crâne. Bouche. Dents, normales. Colonne vertébrale normale.

Onycophagie. Génitoires normaux. Pas d'onanisme. Quelques petits ganglions.

Appareil respiratoire : Tousse depuis un an. Rien à l'auscultation. Appareil circulatoire, normal ; urinaire, rien. Appareil digestif, peu d'appétit.

Amygdales énormes. Réflexes : certains normaux, tendineux, un peu forts.

Sensibilité : normale.

Yeux : Pupilles normales.

R. — Instabilité. Végétations adénoïdes.

Observation 7. — Pinv... Henri, 4 ans, 23 juillet 1908.

Antécédents héréditaires : Père : âgé de 31 ans.

Peintre. Manie la céruse. Jamais d'accident. Bien portant. Maux de tête depuis trois ans. Pas d'excès, ne fume pas. Pas de maladie. Rien dans sa famille.

Mère : Bien portante. Très souvent mal dans le ventre (métrite). Trois enfants, pas de fausses couches. Deux autres bien portants. Grossesse de l'enfant a été mouvementée. Coliques néphrétiques pendant la conception, né à 7 mois 1/2. Chute pendant la grossesse. Chutes sur le ventre sans menaces d'avortement. Nourri par la mère jusqu'à 4 mois. Après cela lait Gallia. Pesant 3 livres 1/2 à sa naissance. Pas de convulsions. Diarrhée verte à 4 mois. Marché à 21 mois. Parlé à 23 mois. Incontinence d'urine et des matières même actuellement. A mis deux ou trois jours à apprendre à prendre le sein. Opéré pour végétations il y a un an, à 3 ans. Il y a un an a eu une crise de méningite (?)

Etat actuel : Arriéré et très nerveux. Sait parler : nommer les choses par leur nom. Sait manger tout seul. Met les doigts dans son nez. Méchant et têtu. Donne des coups de pieds en dessous. Donnerait tout ce qu'il a à certains moments, mais à

d'autres est très avare. Mange gloutonnement. Sait jouer : joue à dada, à la corde. Agité la nuit. Pas de démarche spasmodique.

R. — Instabilité. Grossesse de la mère mouvementée.

Observation 9. — And... Edgard, 11 ans, 12 février 1908.

Antécédents héréditaires: Père: Employé chez son père, papetier. D'un caractère qui semblait s'imposer au travail. Avait 20 ans quand il s'est marié avec sa femme de 17 ans.

Pas buveur. Bigame.

Pas de cas d'aliénation mentale ni de maladies nerveuses dans la famille du père. A été opéré de végétations adénoïdes.

Grand-père: mort de congestion cérébrale. Mère: A travaillé dans un bureau de chemins de fer. Actuellement elle fait des postiches, n'a jamais eu de troubles mentaux. Ni personne de la famille.

Une fausse couche de trois mois. 1 enfant (le malade) apparence de naissance après terme? Accouchement facile. Pas d'accident pendant la grossesse. Enfant élevé en nourrice jusqu'à 16 mois.

Antécédents personnels: Rougeole. N'a jamais eu de convulsions, ni d'attaques nerveuses, n'a pas eu la fièvre typhoïde.

Dès sa naissance un peu de strabisme. L'enfant est myope. On n'a pas été obligé de lui enlever ses végétations adénoïdes. Il a été propre de bonne heure. Il a parlé de bonne heure.

Intelligent: S'est bien développé. Il a lu et écrit à 7 ans. Dès 7 ans difficultés de caractère. Il a commencé à faire un peu enrager ses maîtres. Pas vicieux. Pas cruel. Pas voleur. Il est affectueux. Travaille bien. Sautes de caractères.

Jeudi dernier il a laissé un mot pour annoncer son départ pour l'Angleterre, on a mis tout le monde sur pied.

Le lendemain on l'a retrouvé chez un ami à Lagny. N'a jamais eu de crises.

Examen somatique. — Semble bien trop petit pour son âge. Strabisme interne de l'œil gauche. Dents un peu crénelées. Légère asymétrie crânienne. Pas d'onycophagie. Réflexes normaux. Sensibilité normale. Langue hachée desquamée trémulante.

R. — Instabilité.

Observation 10. — Hod... Pierre, 14 ans 1/2. 14 mai 1908.

Antécédents héréditaires : Père : 42 ans. Instituteur depuis vingt-deux ans. Bonne santé. Ni excès ni tares nerveuses. Présente inégalité pupillaire consécutive à une opération sur l'œil.

Grand-père paternel. Rhumatisant.

Mère morte à 29 ans d'une embolie (?). S'est mariée à 18 ans. A eu étant jeune, coqueluche, convulsions, avait des idées extravagantes.

Grand-père maternel : goutteux. Grand buveur. La mère avait 2 sœurs et 1 frère, 1 sœur et 1 frère sont morts.

Elle a eu trois enfants : L'aîné : le malade ; les deux autres, morts de méningite.

Antécédents personnels : Grossesse très difficile.

A partir du cinquième mois, la mère tombait d'epilepsie tous les jours. Le père ne peut dire si elle tombait auparavant. Deux cures de traitement avant la grossesse.

Né à terme. Accouchement normal. 10 livres à la naissance. Nourri par la mère deux mois, puis en nourrice en Normandie jusqu'à 2 ans 1/2.

Marché à 10 mois seulement. A cette époque le malade eut convulsions et gastro-entérite consécutive à une alimentation mauvaise. A 18 mois, méningite qui dura trente-cinq jours sui-

vie d'hémiplégie droite avec paralysie faciale gauche. Aphasie jusqu'à 9 ans 1/2. Depuis ce temps commence à parler.

Le père s'en est spécialement occupé et lui a appris à parler comme à un sourd-muet.

Comme autres maladies : coqueluche. Opéré il y a six ans de végétations adénoïdes.

Le père l'amène parce qu'il a un caractère extrêmement irritable. Langage grossier non seulement envers lui mais encore envers sa seconde femme. Métier du malade : Charcutier. Travaille très mal; a fait 5 ou 6 maisons depuis deux ans.

État actuel : État mental très faible. Voix rauque, dysarthrie. Actuellement en voie d'amélioration. Facies attentif. Mais craintif à l'extrême. Pas de suite dans les choses qu'il veut. Interrogatoire montre que le malade n'est ni un idiot ni un imbécile. C'est un débile. Il fait facilement un problème élémentaire et assez rapidement. Instabilité très marquée. Fatigue de l'attention. Le malade est de plus impulsif et menteur. Non voleur.

Affectivité peu développée. Méchant avec les animaux. Plante des clous dans la niche du chien pour qu'il se blesse. Distingue très mal la droite de la *gauche*.

Faible de la mémoire; affaiblissement partiel. Le malade sort sans bottines, sans chapeau, oublie sa monnaie, mais sait fort bien se guider dans le métro ou dans la rue.

Le père raconte que les nuits sont agitées et qu'il pousse fréquemment des cris.

Examen somatique : Cyanose extrémités. Dolichocéphalie légère. Dentition, palais, normaux. Langue sans cicatrice. Génitoires normaux. Pas d'onanisme.

Sensibilité : Sent bien mais localise mal. Réflexes rotuliens

vifs plus à gauche qu'à droite. Réflexes olécraniens normaux des deux côtés. Trépidation épileptoïde douloureuse à droite. Dynamomètre, 40 à droite, 35 à gauche.

Démarche normale. — Démarche à cloche-pieds normale. Yeux normaux. Examen des couleurs normal. Auscultation des poumons et du cœur, rien. Examen auriculaire : otite moyenne scléreuse gauche : surdité depuis l'âge de 9 ans. Traitement conseillé au père : Vie à la campagne. Vie chez des agriculteurs.

R. — Irritabilité. Instabilité. Méchanceté avec animaux. Affaiblissement partiel de la mémoire. Hémiplégie infantile avec aphasie. Végétations adénoïdes. Hérédité alcoolique épileptique. Cyanose des extrémités.

Observation 11. Arev... Régine, 13 ans, 30 janvier 1907.

Antécédents héréditaires : Grand-père paternel mort aliéné grand-père maternel devenu aliéné à 70 ans.

Antécédents personnels : Rien à signaler.

État actuel : A brûlé hier un peigne en celluloïd. Méchancetés avec d'autres petits enfants. Kleptomanie. Tic : se frotte les jambes. A brûlé hier un peigne de celluloïd pour s'amuser; elle savait que c'était mal. Amaigrie, ne paraît pas avoir la nourriture suffisante.

Examen scolaire : N'a pas encore son certificat d'études. A toujours mal travaillé. Sait lire correctement, compter, calculer à peu près bien mentalement, a su quelques fables, mais oublie vite.

R. — Kleptomanie. Hérédité nerveuse. Instabilité.

Observation 12. — Lemou... Germaine, 6 ans, 18 juin 1907.

Antécédents héréditaires : Père, employé du gaz, bronchite chronique, très nerveux. Mère bien portante (domestique).

Antécédents personnels : Toux, diarrhée jusqu'à 2 ans. Très nerveuse.

Etat actuel : Onanisme à partir de l'âge de 3 ans. C'est un petit garçon qui lui a appris cela. Ne dort pas bien, saute d'une occupation à une autre. Distraite, rêve. Réveillée plusieurs fois la nuit. Se frotte sur les chaises.

Examen scolaire: Se rappelle bien le nom de ses petites compagnes. N'a pas encore commencé à apprendre à lire mais sait bien qu'un chat griffe, qu'une cuiller est faite pour manger la soupe, qu'il y a du vin blanc et du vin rouge, que dimanche c'est fête.

R. — Instabilité, onanisme.

Observation 13. — Blou... Jules, 14 ans.

Antécédents héréditaires : Père: broncho-pneumonie. Mère: bien portante.

Antécédents personnels : Aucune maladie.

Etat actuel : Kleptomanie. Instable. Faux. Vole. Pédérastie passive: « un monsieur lui a donné rendez-vous en face le *Matin* ; est sorti avec cet homme au Père Lachaise, n'a pas l'air de savoir si ce qu'il a fait est mal ou bien. Il ne répond pas; ne veut pas donner de détails.

Examen scolaire : n'a pas son certificat d'études. Certains jours dit sa mère il répond bien à ce qu'on lui dit. Montre de l'habileté dans ses vols. Il ne veut pas faire une soustraction qu'on lui donne. Dessine un peu dit la mère.

R. — Instabilité. Kleptomanie.

DEUXIÈME SÉRIE

Observation 14. — Joy... André, 4 ans, 27 novembre 1906.

Antécédents héréditaires : Père : employé de commerce, agité. Mère : nerveuse ; a eu des douleurs dans les jambes il y a un an et est restée trois mois au lit.

Antécédents personnels : Né à Parme. A 18 mois, faiblesse des jambes. N'a pas eu de convulsions.

Etat actuel : Nerveux. Agité à l'école maternelle. Sommeil troublé.

Examen scolaire : Regarde mal ce qu'on lui montre. Est comme intimidé quand on lui tend un objet. Ne sait pas encore lire, reconnaît l'A et l'S il est vrai qu'on lui a peu appris ; on lui dit de prendre son chapeau des mains de sa mère, d'abord il n'ose pas, puis lui retire d'un geste brusque. Est intelligent dit la mère.

R. — Nervosisme agité. Hérédité nerveuse.

Observation 15. — Hell... Jeanne, 11 ans, 21 mai 1908.

État intellectuel au point de vue scolaire : 3e classe : En retard pour son âge ne semble pas en retard pour sa classe. Attentive pour la couture. Calcul : devrait savoir ses 4 règles et faire du calcul mental. Ne sait pas résoudre les questions de calcul mental qu'on lui pose. Mais cette difficulté peut être sous la dépendance de la surdité.

Paraît pour une institutrice à peu près normal, mais 38e sur 45 élèves.

L'état intellectuel en dehors de toute instruction, semble normal.

L'état du caractère et du sens moral : La grand'mère dit qu'elle est peu attentive, qn'elle est entêtée. Elle ne s'intéresse qu'au jeu. Mais n'aime pas le travail. A fait une fois l'école buissonnière. A de l'affection pour sa grand'mère, ment facilement.

Vole des sous à sa grand'mère depuis longtemps. N'a pas eu de fugues. Toujours devant la glace. Très coquette. Pas méchante pour les animaux. Elle a des peurs la nuit. Elle se réveille en criant. Se barricade la nuit.

Examen somatique : pas de malformation crânienne.

Scoliose légère qu'elle corrige parfaitement, aplatissement gauche inférieur cage thoracique.

Enfant très maigre. Pectoraux affaiblis. Muscles de la région dorsale également atrophiés. Ventre ballonné. Foie et rate normaux.

Enfant constipée habituellement. Peu d'appétit.

Ni lésions pulmonaires, ni cardiaques. Réflexes rotuliens un peu vifs. Réflexes pharyngiens normaux.

Sensibilité à piqûre. Normale.

Pas de points hystérogènes. Pas de tremblement des extrémités ; un petit probablement émotif. Pas d'incoordination. Yeux, oreilles, normaux. Pas de stigmates comitiaux.

Antécédents héréditaires : Père : Vivant. Bien portant. Non buveur.

Mère : A absorbé étant grosse trois verres d'absinthe pour tâcher d'avorter.

Morte de péritonite à la suite d'une autre couche. Toussait beaucoup. Un autre garçon plus jeune bien portant.

R. — Nervosisme agité. Surdité. Coqueluche. Aplatissement cage thoracique. Scoliose légère

Observation 16. — Mau... Marie, 11 ans 3 mois, 4 février 1909.

Antécédents héréditaires : Père : Ébéniste, bien portant, boit actuellement mais buvait peu au moment de la naissance de l'enfant. Mère : Bien portante. Une autre fille qui travaille. Sérieuse.

Antécédents personnels : Étant petite, toujours malade. Choléra infantile, puis diarrhée, pas de convulsions, pas de crises. Pas de réveils avec frayeur. Pas de cris, pas de maux de tête ni étourdissements.

État actuel : A l'école ne tient pas en place : Chante, cause, s'agite tout le temps en classe. Aussi désordonnée dans sa famille, dans la rue. A une tendance à voler, mais depuis un an ne le fait plus. Pas d'onanisme. Se rongeait les ongles, mais plus actuellement. Serait assez intelligente au dire de ses maîtresses. Répond avec précision, son âge, son nom, etc. Dans 18, une douzaine 1/2. Réponses raisonnables.

Examen physique : Bouche entr'ouverte. Facies adénoïdiens. Ne ronfle pas la nuit. Dit ne pas être gênéee pour respirer par le nez. Cart. thyroïde, normal. Cœur, poumons, rien à signaler.

R. — Nervosisme agité.

Observation 17. — Schal... Jeanne, 9 ans, 25 juin 1908.

Enfant amenée pour agitation. Instabilité.

Antécédents personnels : Broncho-pneumonie à 3 ans. Depuis, toujours souffrante des poumons, dit la mère. Pas de convulsions. Marche à 16 mois. Parle à 2 ans. Mais ne parle pas encore bien. Obésité, en venant au monde. Muguet. Elle vomissait. Elle a eu la diarrhée tout le temps pendant sept mois.

Antécédents héréditaires : Père : très nerveux. Irascible. Pas de crises nerveuses, sobre. Mère : Coupeuse de chaussures : typhoïde à 10 ans, pas de fausses couches. Rien d'autre, nerveuse. Un garçon mort à 5 ans de méningite. Une fille morte à 10 mois de convulsions « internes ». Un garçon de 12 ans 1/2. Rien dans la famille. Pas de consanguinité. Grossesses et accouchements normaux.

État actuel : Enfant petite, très maigre, asymétrie craniofaciale énorme. Partie droite de la face beaucoup plus petite avec la fente, palpébrale beaucoup moins grande. Céphalées, fréquentes. Bouche, amygdales, thyroïde, pupilles, langue, sensibilité normaux. Pas d'incoordination. Réflexes normaux. Très agitée la nuit. Soubresauts. Cris, appels à la mère. Propre à 18 mois. Pas d'autres défauts que de mauvaises notes à l'école. Très affective. Très distraite. Ne travaille pas, s'amuse avec du papier qu'elle mâche et qu'elle jette. Fait des cocottes. Retard scolaire très marqué, ne sait faire ni addition, ni soustraction, ne sait pas de fable, sait sa table de multiplication jusqu'à quatre seulement.

R. — Nervosisme agité. Hérédité nerveuse.

Observation 18. — Laur... Juliette, 12 ans 1/2, 25 février 1908.

Antécédents héréditaires : Mère : morte de tuberculose.

Père : remarié, bien portant.

Antécédents personnels : rien à signaler.

État actuel : remue beaucoup en classe.

Nombreux tics. — Quand on l'interroge, reste une demi-minute sans répondre, semble réfléchir, et en même temps s'agite un peu, se contortionne et grimace. Joue plutôt avec les petites qu'avec les enfants de son âge. Quelquefois grossière avec ses camarades. Quand on lui fait des observations, s'agite, frappe

fortement la table de ses coudes. Mensonges en général intéressés. Pas voleuse. Paresseuse. Pas d'onanisme. Ronge ses ongles.

Malgré difficultés diverses, n'est pas trop en retard, sauf pour le calcul, le dessin.

R. — Nervosisme agité.

Observation 19. — Nourr..., 11 ans, 15 juillet 1909.

Antécédents personnels : A eu des convulsions à plusieurs reprises jusqu'à l'âge de 2 à 3 ans. Broncho pneumonie à 6 mois, se pâme quand il a des contrariétés.

Antécédents héréditaires : Mére : hystérie d'après le père.

Père : bien portant.

État actuel: Depuis le mois de janvier, est devenu plus difficile

Très irrégulier dans son travail. A été corrigé d'abord par des privations de dessert, par des réprimandes et enfin par des coups. Il a dit au directeur de l'école qu'il se donnerait un coup de couteau. N'est pas menteur. Certain degré de blésité. Voûte palatine ogivale. Comprend bien ce qu'on lui dit même avec intelligence. Dit qu'il ne travaille plus comme autrefois parce que cela ne lui va plus ; il sent le besoin de faire autre chose ; il faut toujours qu'il change d'occupations.

R. Nervosisme agité. Mère hystérique.

Observation 20. — Debui... Jean, 10 ans, 26 novembre 1907.

Antécédents héréditaires : Père comptable. Mère institutrice. Père et mère cousins germains. Une sœur morte de spina bifida. Une sœur morte à la suite de frayeurs. Un frère, 16 ans, incontinent jusqu'à 11 ans. Guéri.

Antécédents personnels : A 2 ans scarlatine rentrée. Consé-

cutivement broncho-pneumonie. Grippe presque tous les ans, sauf année dernière.

État actuel : Depuis 4 ans, il est terrible. N'obéit pas, ne veut rien apprendre. Hier a soufflé les lampes. Faiseur de niches. Se trouve mal, pâlit. A maigri. Ricane. Crache dans ses mains et les frotte. L'année dernière sifflait.

Examen scolaire : Sait lire, écrire, compter, faire une addition, une soustraction, mais ça l'embête, devant nous; il ne veut pas en faire. Paraît avoir l'intelligence de son âge.

R. — Nervosisme agité. Tics. Consanguinité. Infections.

Observation 20 *bis.* — Math... Victor, 7 ans 1/2, 18 décembre 1906.

Antécédents héréditaires : Père terrassier. Bien portant. Sobre. Mère, 42 ans. Bien portante. 5 enfants bien portants.

Antécédents personnels : Né à terme. Abcès tuberculeux au bras droit à 18 mois. A marché à 17 mois. A parlé à 14.

État actuel : Front bas. Otite. Légère microcéphalie. A la demande de M. L..., directeur d'école, donne certificat : arriération mentale avec incapacité de suivre les études. Turbulent. Violent. Dérange toute la classe. Ne veut rien apprendre. Sait à peine lire et écrire depuis trois ans qu'il va à l'école. Inattentif. S'échappe de nos mains. Ne veut pas répondre, nous fait un pied de nez.

R. — Nervosisme agité. Microcéphalie. Otite.

Observation 21. — Barb... Marcel, 9 ans, 20 novembre 1906.

Antécédents héréditaires : Père infirmier. Sobre. Mère, bien portante. Cousine paternelle, 3 ans 1/2, ne parle pas.

Antécédents personnels : A 18 mois, 20 dents. Dentition com-

plète à 2 ans. N'a commencé à parler qu'à 6 ans. Quand il est en colère, se pince, se mord la peau (depuis qu'il est au monde). Colères à se trouver mal. Sauvage. A l'école n'apprend pas grand'chose. Ne sait pas ses lettres, va à l'école depuis deux ans. Rit et pleure sans cause. Quand il parle, on dirait que c'est une bête sauvage dit la mère et elle ajoute : « T'es donc dengo », en s'adressant à son fils et « T'as donc un cafard dans la tête ».

26 *février* 1907. — Entre en riant, se met ensuite à pleurer, puis à rire, se pince, se mord, pince les autres, se met à rire en dormant.

R. — Nervosisme agité. Tendance a l'automutilation.

Observation 22. — Pier... Antoine, 5 ans, 11 décembre 1906.

Antécédents héréditaires : Père, peintre en bâtiment. Pas alcoolique, 43 ans. Mère, 41 ans, bien portante, nerveuse.

Antécédents personnels : Rougeole. Pas de convulsions.

État actuel : Otite gauche. Très agité. Colères. Griffe ses frères et sœurs. Sommeil très bon. Reniflement bruyant.

N'a pas encore été à l'école. Intelligence normale. Répète ce qu'on lui dit. Parle bien. Joue bien. Regarde les images en les expliquant bien.

R. — Nervosisme agité. Tic. Otite. Hérédité nerveuse.

Observation 23. — Bart... Adrienne, 11 ans 1/2, 25 février 1909.

Antécédents héréditaires : Père : 51 ans. Diabétique. Boit eau et café, peu de vin, pas d'alcool. Autrefois, jamais buveur. Mère : bien portante. Huit enfants. Sept morts en bas âge, rachitiques. Pas de convulsions.

Antécédents personnels : Née à terme. A marché à 3 ans.

Rougeole. Pas de convulsions. A commencé à parler à 3 ans également. La mère amène l'enfant parce qu'elle est très nerveuse et apprend difficilement.

Pas de crises nerveuses. Va à l'école depuis cinq ans. Sait lire à peine, en épelant, calcule peu, n'écrit qu'en copiant et très mal parce qu'elle ne tient pas en place. Remue toujours en classe. Bruyante, indocile. Assez méchante pour ses camarades. Tourmente les animaux. Tendance au vol : retient quelques sous quand on l'envoie faire des courses. Menteuse : invente des histoires quelconques « pour parler ». Pas d'onanisme.

Examen somatique : Voûte palatine très ogivale. Dents un peu écartées, mais pas de malformations.

R. — Nervosisme agité. Mythomanie. Kleptomanie.

Observation 24. — Pat... René, 7 ans, 11 février 1909.

Antécédents héréditaires : Père : Non alcoolique. Pas de consanguinité. Mère : a eu un enfant il y a dix ans. Un autre enfant neuf ans. Pas de fausses couches.

Antécédents personnels : Rougeole, coqueluche. Pas de convulsions. Marché à 14 mois. Parle à 2 ans 1/2. Première dent à 8 mois.

Écoulement d'oreille depuis un an (soigné aux sourds-muets). Accès de fièvre presque tous les trois mois.

État actuel : Déjà tout petit n'était pas comme les autres. Riait, pleurait. Insomnies, agitation, méchanceté. A été gâteux (urinait sous lui) jusqu'à 5 ans. Va à l'école depuis deux ans et demi. Méchant, agressif et batailleur. Insociable. Jaloux. Veut qu'on s'occupe toujours de lui. A failli mettre le feu avec des papiers. Voleur. Rapporte de l'école billes, crayons, etc. A

l'école, on doit l'isoler à cause de ses méchancetés. N'apprend pas à lire ni à compter, comprend bien.

Examen physique : Bonne dentition. Pas de stigmates de dégénérescence. Pas d'adénoïdisme.

R. — Nervosisme agité. Kleptomanie.

Observation 25. — Gaud... Jeanne, 12 ans, 11 juin 1908.

Antécédents héréditaires : Père : mort d'un catarrhe du larynx. Grand'mère maternelle vivante. Grand-père maternel mort d'une maladie d'estomac. Mère : bien portante. Une sœur a de l'hystérie. Grand-père paternel mort d'une congestion pulmonaire. Grand'mère morte de paralysie agitante. Un enfant mort d'un cancer au foie. Un autre mort à 3 jours (la mère était albuminurique). 4 fausses couches.

Antécédents personnels : Aucune fluxion de poitrine. Pas de convulsions. L'enfant est né à terme. Marché à 1 an. Parlé à 2 ans. S'est toujours mis en colère. Dormait peu. N'apprend pas, impossible de la mettre en classe. Elle est en sixième, alors qu'elle devrait être en deuxième. Lit couramment. Écrit mal. Menteuse. Invente. Chipe. Affectivité : N'aime personne, ne joue avec aucun enfant. Cependant aime les bébés. Est cruelle pour les animaux, étouffe les serins. Enfonce les yeux des poupées. Ne se touche pas.

Examen somatique : Asymétrie cramo-faciale. Dents mal implantées. Squelette normal.

Appareil digestif : Ne mange pas. Vomissents fréquents. Selles régulières. Foie normal. Rate normale.

Appareil respiratoire : Normal. Circulation normale. Pas d'adénopathies. Démarche normale. Réflexes rotuliens *normaux*. Réflexe plantaire normal.

Yeux normaux: Pas de strabisme. Amygdales normales. Végétations opérées il y a quatre ans. Pas de surdité.

R. — Nervosisme agité. Cruauté envers les animaux. Mythomanie. Kerptomanie.

Observation 26. — Un... Doris, 6 ans (Russe) 20 novembre 1906.

Antécédents héréditaires : Père tailleur. Bien portant. Mère bien portante. Frère décédé, fièvre typhoïde.

Examen : Frappe, déchire, casse, a des mouvements brusques, saccadés. Moments de rage.

Coprolalie : dit toujours : « merde, zut ». Strabisme. Rit souvent sans cause. S'amuse à couper les chaises avec un couteau. Se couche par terre, ne veut jamais céder. Ne veut rien apprendre.

Examen scolaire : Apprend à lire depuis deux mois, a l'air d'aimer cela, sait à peu près ses lettres, mais ne peut étudier longtemps. Quand il ne se rappelle plus, il se met en colère et prononce des gros mots.

R. — Nervosisme agité. Copralie. Moral Insanity.

Observation 27. — Durv... Hélène, 7 ans 1/2, 11 décembre 1906.

Antécédents héréditaires : Père homme de peine, 50 ans, bien portant, buveur. Mère 31 ans, nerveuse. Strabisme congénital.

Antécédents personnels : Strabisme congénital. A eu la fièvre typhoïde à 5 ans.

Etat actuel : Recherche la solitude. Sournoise. Onanisme depuis l'âge de 4 ans. Comme excuse, dit que ça la gêne. Irritable, méchante.

19 *mars :* Il y a huit jours, a eu une grande colère et a mordu

plusieurs personnes. Elle est surtout agitée la nuit. L'enfant n'est pas soignée.

R. — Nervosisme agité. Hérédité nerveuse et alcoolique. Infections.

Observation 28. — School... Fernand, 13 ans, 7 mai 1907.

Antécédents héréditaires : Père : Placier en lingerie. A bu beaucoup. Mère : bien portante. Migraineuse.

Antécédents personnels : Bien jusqu'à 3 ans. A 3 ans a eu petite vérole. Bronchite étant jeune. Une angine et une pneumonie à 6 ans. Convulsions étant petit. A marché et parlé à 18 mois.

Examen scolaire : A commencé à apprendre à 8 ans.

Actuellement à 13 ans : se trouve en classe avec enfants de 10 ans et 8 ans.

Raisonne bien et rit toujours, fait des singeries. A beaucoup de cauchemars.

R. — Nervosisme agité. Convulsions infantiles. Infections. Hérédité nerveuse et alcoolique.

TROISIÈME SÉRIE

Observation 29. — Saing... Jean, 15 ans.

Antécédents héréditaires : Père : Neurasthénie. Mère : Bien portante. Oncle paternel. A volé.

Histoire de la maladie : Mythomane. Il y a deux mois a volé 100 francs à sa mère, trois semaines après 400 francs. Il y a trois semaines a escroqué 800 francs à des fournisseurs. Court les femmes. A vécu déjà pendant quinze jours avec une femme.

Examen scolaire : — A eu son certificat d'études très tard. Lit et écrit mais pas correctement de même pour le calcul. Ne voit pas le mal qu'il y a à voler ; s'il avait de l'argent il ne volerait pas. D'ailleurs il ne faut pas qu'on l'embête ou sans ça il cogne.

R. — Kleptomanie. Hérédité nerveuse. Déviation du sens moral.

Observation 30. — Hun..., Georges, 7 ans 1/2, 18 juin 1907.

Antécédents héréditaires : Père : agent, bien portant, sobre. Mère : tuberculeuse.

Antécédents personnels : Rien.

État actuel : Prend des sous, le claquoir, les livres, les crayons dans le bureau du maître. A donné ces objets aux « gosses ».

Examen scolaire : L'enfant sait ses lettres, se rappelle le nom de la rue qu'il habite, n'écrit pas encore, sait qu'il a deux sous deux fois un sou dans sa poche. On a du mal à le faire travailler.

R. — Kleptomanie.

Observation 31. — Re... Jeanne, 11 ans, 8 novembre 1906.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents personnels : Petits malaises fréquents. N'a parlé qu'à 6 ans.

Histoire de la maladie : Vole depuis qu'elle va à l'école maternelle c'est-à-dire depuis l'âge de 4 ans. Vole surtout argent, même à son papa.

En dernier lieu à volé 2 fr. 40 parce qu'elle a envie d'acheter quelque chose.

État actuel : Onychophagie.

Toujours tendance à voler, c'est plus fort qu'elle. Elle dit bien que c'est mal mais n'en paraît pas convaincue. Sait sa table de multiplication jusqu'à 6. Lit bien, sans expression, n'aime pas montrer ses devoirs à ses parents. Fait beaucoup de pâtés sur ses cahiers.

R. — Kleptomanie.

Observation 32. — Pich...Georges, 11 ans 18 décembre 1906.

Antécédents héréditaires : Père mort subitement, 42 ans. Mère bien portante.

Antécédents personnels : Aucune maladie. Né à terme. Pas de convulsions.

Examen : Depuis l'âge de 5 ans vole. Vole aux étalages depuis âge de 7 ans. Vol de boîtes de couleurs. Chaque fois qu'il sort seul, il vole. Menteur. Raconte des histoires extraordinaires : « Sa mère est morte dans la catastrophe du métropolitain » pour se faire donner des gâteaux. Mendiait. A l'école est avec enfants de 6 à 7 ans. Il n'y a pas moyen de le faire répondre aux questions qu'on lui pose, cherche à s'esquiver, si on se fâche il s'irrite mais ne repond pas davantage. Il aime voler et a deux ou trois amis comme lui, c'est leur plaisir. L'école l'ennuie, il n'aime pas ses maîtres parce qu'ils le punissent. Si on lui dit que c'est parce qu'il ne travaille pas, il dit : « j'en sais assez comme ça », il sait juste lire en épelant et additionner en comptant sur ses doigts.

R. — Kleptomanie. Mythomanie.

Observation 33. — Bré... Raymonde, 9 ans, à Alfortville (15 janvier 1907).

Antécédents héréditaires. — Père : cocher, 36 ans, bien por-

tant. Mère : anémique pendant sa grossesse. Crises nerveuses. Frères : un bien portant. Un second, 10 mois bronchopneumonie.

Antécédents personnels : Pleurésie purulente à 5 ans. Masturbation depuis cinq ans. Mensonges racontés avec un air de sincérité. Pommes volées : pommes trouvées. Carreau cassé : un petit garçon l'a cassé. Paresse à ne pas vouloir cirer ses souliers. Saleté. Très peu affectueuse : pas d'amie. Répond mal aux questions qu'on lui pose; ne veut pas dire pourquoi elle vole ni si c'est bien. Peu intelligente, débile; ne sait pas assembler ses lettres. 2 + 9 font 6.

Physiquement : eczéma de la jambe.

R. — Kleptomanie. Mythomanie. Hypothénie. Hérédité nerveuse.

Observation 34. — Vans... Germaine, 10 ans, 3 juin 1909

Antécédents héréditaires : Père : 35 ans bien portant. Grand-père paternel de l'enfant était alcoolique, mort d'un accident. Mère : 34 ans est plutôt maladive; bronchite chronique depuis longtemps. Grand-père maternel mort à 48 ans, colique hépatique. Grand-mère vivante.

12 frères et sœurs : 4 morts, une à 4 ans, méningite, une à 18 mois, croup. Un mort à 5 ans avait caractère sombre : faisait sous lui, était arrriéré. Un à 9 ans, une maladie de cœur.

Antécédents personnels : N'a eu que la rougeole. Est venue à terme; la mère a eu des vomissements, des hémoptysies pendant sa grossesse. Pas de convulsions. A marché jeune.

Actuellement est très inactive, reste inerte; est menteuse, voleuse. A volé la première fois il y a quatre ou cinq mois. Va à l'école depuis 5 ans, très méchante pour ses camarades. Tenue mauvaise à l'école (très mauvais travail, mauvaise application, trop bavarde). Onanisme probable. Dort bien la nuit.

Examen psychique : Imagination lente. Ses réponses sont assez bonnes, mais se font lentement.

Le sens moral n'est pas aboli ; elle se rend compte que c'est mal de voler, que cela mérite une punition ; ce qui la fait pleurer.

R. — Hyposthénie. Kleptomanie. Hérédité alcoolique.

Observation 35. — Vasen... Camille, 13 ans, 24 septembre 1908.

Antécédents héréditaires : Mère : au début de sa grossesse malade de poitrine. Morte il y a quatre mois de congestion pulmonaire.

Père : mécanicien, 52 ans. Bronchite en 1890. Tousse l'hiver. Pas d'excès. Rien d'autre dans la famille. Toute la famille maternelle est morte de phtisie (2 frères et la mère).

Sept enfants dont restent trois. Un mort de bronchite. Un de péritonite. Un mort six semaines avant terme. Un mort de méningite.

Antécédents personnels : née à Paris, à terme. Nourrice 3 ans. Parle vers 4 à 5 ans, mais difficilement. Marche à 2 ans. L'enfant a eu étant jeune des convulsions à 4 ans. A 9 ans une chute avec fissure derrière l'oreille ??

M. Broca voulait la trépaner. Mais ne l'a pas fait. Actuellement n'a plus de crises convulsives. A 5 ans on l'envoie à l'école. Renvoyée de classes en classes, n'a rien appris. Onanisme. Non dangereuse. Pas cruelle.

Examen intellectuel psychique : L'enfant est difficile malgré les sermons faits par son père. Cependant elle sait compter à peu près jusqu'à 10. Elle répond à des questions élémentaires. En réalité son niveau intellectuel paraît être celui d'une enfant de 6 ans.

Examen physique : Facies pâles. Tousse. Maigrit. Asymétrie

faciale. Œil gauche : taie de la cornée, néanmoins voit bien. Rien au cœur. Rien aux poumons. Sensibilité paraît intacte. Bouche et contenu normaux.

R. — Hérédité phtisique. Hyposthénie.

Observation 36. — Jul... Louis, 13 ans, 14 mai 1908.

Examen : Enfant amené parce qu'il veut se sauver à tout instant.

On l'a rattrapé au Havre. Au bois de Boulogne. Deux jours sans manger. Première fugue à 11 ans.

Il est à l'école avec des enfants de 10 ans ; n'a pas son certificat d'études, sait lire, écrire, compter, mais ne sait pas faire un problème élémentaire, une dictée convenablement. Menteur; invente des histoires pour expliquer ses fugues, lorsqu'on le rattrape, il donne fausse adresse, dit que ses parents sont morts. Pas méchant. La mère ne sait s'il y a onanisme. Gourmand. Vole cache-nez, porte-plumes, couteau.

Antécédents héréditaires : Père : Garçon de magasin. Sobre. Rien dans la famille.

Mère : Bien portante a eu quatre enfants. Les autres sont bien portants. Pas de convulsions.

Antécédents personnels: Enfant né à terme, bien constitué. Grossesse normale. Nourri au biberon. Marche à 5 ans. A parlé tard.

Convulsions à 10 mois suivies de paralysie droite.

Examen physique : Scoliose à convexité gauche. Ichtyose généralisée. Réflexes rotuliens: exagérés à gauche. Pas de Babinski à gauche. A droite : Babinski et trépidation. Thyroïde appréciable. Organes génitaux très petits.

R. — Convulsions et hémiplégie infantile fugues. Kleptomanie. Mythomanie. Scoliose. Ichtyose.

QUATRIÈME SÉRIE

Observation 37. — Fix... Georges, 11 ans, 27 novembre 1906.

Antécédents héréditaires : Père : homme de peine. N'a jamais pu apprendre à lire ni à écrire. Éthylique.

Mère : Migraines durant huit jours par mois surtout au moment des règles.

Antécédents personnels : Croup à 18 mois. Pas de convulsions. N'a marché qu'à 4 ans. A école depuis âgé de 6 ans, n'apprend rien.

État actuel : Bouche entr'ouverte (végétations).

Gros, gras, pâle.

Chez lui parle trop. A l'école ne dit rien, pas méchant. Ne sait pas ses lettres. N'a jamais pu faire une page de bâtons sans les faire tout de travers dès la quatrième ligne. Sait bien distinguer un sou de deux sous et dix sous mais ne se rend pas compte ou avec peine que dix sous c'est dix fois un sou. Répond uniquement par « j'sais pas » quand on lui pose des questions simples. Rien ne paraît l'intéresser, même si on lui parle de lui donner un gâteau ou un bonbon ; si on lui en tend un il le prend bien, mais si on le lui reprend il n'offre pas de résistance. Par instants il a des accès de mutisme et de négativisme, d'autres fois il est violent, impatient, mais ça ne dure pas.

R. — Hyposthénie. Hérédité nerveuse et alcoolique.

Observation 38. — Cost... Félix, 19 ans, 4 décembre 1906.

Antécédents héréditaires. — Père : Enfant trouvé, bien portant.

Mère : Bien portante. Frère : mort à 10 mois de méningite.

Antécédents personnels : Marché à 26 mois. Parlé à 2 ans.

Examen : *Développement intellectuel* : Faible en calcul, en raisonnement n'a eu son certificat d'études qu'à 15 ans. Pas d'instincts vicieux. Au point de vue *moral*, *normal*. Nous n'insistons pas, ce n'est plus un enfant.

R. — Cas rétrospectif.

Observation 39. — Lem... Sylvain, 18 ans, 15 avril 1909.

Antécédents héréditaires : Père : mort alcoolique. Mère : actuellement à la Salpétrière depuis dix-huit mois.

Antécédents personnels ; Né à terme. Érysipèle au mois de décembre dernier. Angine. A été élevé en Belgique jusqu'à ces derniers mois.

L'enfant est venu à l'école à 6 ans, est resté jusqu'à 18 ans, a donc mis douze ans à apprendre ce que l'on apprend normalement en trois ans, lire, écrire calculer et au prix de quels efforts de la part de l'instituteur. Reste puérile dans ses réponses.

Aucune tendance vicieuse.

Pas d'onanisme. Très émotif. Très impressionnable.

Léger degré de blésité. Aucun vice de conformation. Mais très petit. *Infantilisme* extrêmement marqué 1 m. 28. Pas de cryptorchidie.

R. — Infantilisme. Nervosisme. Hérédité alcoolique. Blésité.

Observation 40. — Nourr... Ferdinand, 7 ans, 23 juillet 1908. Amené par son instituteur.

Antécédents héréditaires : Une grand'tante maternelle internée à Villejuif. Elle a la folie des grandeurs. Elle y est depuis deux ans.

Père : Faible de bronches depuis 5 ou 6 ans Amaigrissement. Sueurs. *Imprimeur en taille douce.* Pas buveur.

Mère : Paraît bien portante. Pas de consanguinité. Comme maladie : rougeole.

Deux autres enfants (une fille et un garçon) tous deux plus jeunes. Faibles des bronches aussi. Pas de convulsions.

Antécédents personnels : Grossesse et accouchement normaux. Nourri au sein jusqu'à 16 mois par la mère. Marche à 22 mois. Parle à 18 mois, bien.

Histoire de la maladie: Va à l'école à 6 ans. L'instituteur montre qu'il se développe au point de vue intellectuel très rapidement. Puis il part au bord de la mer pendant deux mois, en revenant il ne sait plus rien, ni écrire, ni compter. Oublie des mots. Travail très mauvais. On n'obtient aucun résultat. Toutefois actuellement il recommence à mieux travailler.

Enfin il y a une quinzaine de jours une impulsion : Devant sa mère il ne peut s'empêcher de voler des cerises, puis se met à rougir et les remet dans le panier.

La mère accuse un changement de caractère. L'enfant fait des grimaces, tire la langue, pousse des cris. Toutes choses qu'il ne faisait pas auparavant.

Examen mental: Reconnaît bien les objets. Connaît bien leur usage. Reconnaît bien les personnes qui l'entourent.

Il fixe facilement son attention.

Au point de vue scolaire : voici ce que montrent ses cahiers. Lectures jadis 8 ou 9 sur 10. Actuellement ne sait même plus lire. Calcul nul.

Examen somatique: Gros enfant. Dolichocéphalie : légère. Pas d'asymétrie. Thyroïde. Ganglions. Testicules. Os. Tube digestif : rien à signaler.

Démarche: normale. Sensibilité: normale.

Réflexes rotuliens, plantaires, olécraniens normaux. Pas de Babinski. Pas de clonus pied.

Amygdales, foie, rate, normaux. Petite exostose de la partie externe de la tête du deuxième métacarpien, régulière, indolore, sans aucun renseignement sur son développement. Ancienne onychophagie guérie maintenant.

R. — Amnésie scolaire remarquable. Impulsions. Hérédité nerveuse.

Observation 41. — Tou... Marcel, 8 ans, 22 septembre 1906.

Antécédents héréditaires: Père 33 ans, bien portant, sobre. Mère : bien portante un peu débile, pas de fausses couches.

Antécédents personnels: Ni frère ni sœur. Pas de convulsions. A 3 ans diphtérie. Depuis son intelligence aurait baissé.

A des crises de colère violentes jette tout par terre pour des motifs futiles. A l'école : méchant, impulsif. Cherche à piquer avec sa plume les yeux de ses camarades.

Histoire de la maladie: Dernièrement 21 septembre 1906 a eu une crise de colère plus forte que les autres: Tout à coup a sauté sur sa mère. A cherché à la prendre par la gorge. Lui a donné des coups de poings et de pieds en répétant « Je vas te tuer, je vas te tuer ».

22 septembre. — A déjeuner, jette en l'air tout ce qui était sur la table. A saisi sa mère par les cheveux. Ne la lâchait plus, tout en la battant, puis s'est couché par terre anéanti, mais sans dormir.

Quelques instants après s'est mis devant le mur faisant des gestes de menace et marmottant tout bas « Je vas la tuer je vas lui en fiche ». Crachant, essuyant sa salive, crachant de nouveau,

et ainsi de suite pendant longtemps. Depuis, ne parle plus à ses parents, que dans ses crises.

Dans la rue, lâche tout à coup la main de sa mère; se met à courir en avant, menaçant et marmottant, puis revient, s'attaque aux arbres, aux murs, aux passants.

A la maison, lance à la figure de sa mère, tout ce qu'elle lui tend.

Lance des objets dans les vitres.

Gâteux par moments.

Examen physique : Suture métopique saillante. Dents un peu écartées. Pénis trop développé pour son âge.

Exagération des réflexes rotuliens et crémastériens.

Incontinence d'urine intermittente.

État mental : Ahurissement.

Indifférence.

Répond oui, avec signe de tête à toutes les questions qu'on lui pose.

Regarde étonné et hébété.

Marmotte quelque chose d'inintelligible. Sait un peu compter, peu écrire; comprend lentement certaines choses, reconnaît certains objets. (Clefs, épingles) sait qu'une épingle pique.

R. — Démence précoce au début?

CINQUIÈME SÉRIE

Observation 42. — Pers... Micheline, 12 ans 1/2. 6 mai 1909.

Antécédents héréditaires : Mère : très nerveuse. Vers 13 ou 14 ans, troubles nerveux, rhumatisme articulaire à 13 ans. Crises nerveuses avec perte de connaissance, morsure de langue

survenant à peu près une fois par an jusqu'à l'âge de 20 ans. Dans l'intervalle, vertiges, perte de la parole.

La malade s'apercevait très bien ne pas pouvoir parler durant environ un quart d'heure. Tant qu'elle pensait à son aphasie, elle restait aphasique. La moindre distraction ou émotion lui rendait la parole.

A eu 4 enfants : l'une est morte de convulsions à l'âge de 15 jours.

Deux enfants de 9 et 7 ans, bien portantes mais très vives.

Vers le cinquième mois de la grossesse qui a donné naissance à l'enfant qui est amenée a eu une crise d'éclampsie.

Parents de la mère : bien portants. Père mort à 50 ans de maladie de cœur. Mère morte à 72 ans également de maladie de cœur.

Frères et sœurs : bien portants. Père : bien portant, n'a jamais eu de maladie. N'est pas buveur.

Le grand-père maternel aurait abusé étant jeune.

Antécédents personnels : L'enfant est née à terme. En nourrice pendant dix-huit mois. A marché à 18 mois. A parlé vers 15 mois. Propre de bonne heure.

Le jour de sa première communion a eu 40° de fièvre. Angoisse extrême. Très sensible aux émotions (Jésus frappe dans mon cœur) disait-elle. Travail très difficile. A ce moment les tics sont exagérés. Mais intelligente. Prête pour son certificat d'études. Calcule bien. Lit bien. Et pourtant il lui est plus difficile de travailler qu'aux autres. Il y a quinze jours a eu une crise de somnambulisme.

Examen somatique : Légère asymétrie, crânio-faciale surtout faciale, visible quand on regarde les narines. Nez dévié à gauche. Pupilles un peu dilatées réagissant normalement.

Poumons normaux.

Examen du cœur : Rétrécissement mitral. Légère arythmie.

Réflexes rotuliens : Normaux.

Contraction spasmodique des muscles de la face : du sterno-cléido-mastoïdien, quelquefois des membres supérieurs.

Ouvre démesurement les narines, relève brusquement les paupières droite et gauche, les lèvres, etc.

Mouvements ne persistant pas la nuit : désordonnés, spasmodiques, involontaires, incohérents.

Bon appétit. Dort bien.

R. — Hérédité nerveuse. Chorée a début brusque laissant évoluer des tics postérieurs.

Observation 43. — Bov... Andrée, 4 ans, 16 juillet 1907.

Antécédents personnels : Rougeole. A été très gâtée.

Antécédents héréditaires : Père maçon. Mère bien portante.

Etat mental : Tête sa langue ; depuis l'âge de 6 mois. Trouble de la parole, parle comme une anglaise. Se livre au tic surtout la nuit. N'a fait ses premiers pas qu'à 1 an 1/2. A commencé à parler à 2 ans 1/2.

R. — Tiquose.

Observation 44. — Garn... Pierre, 7 ans, 21 mai 1907.

Antécédents héréditaires : Père et mère bien portants.

Antécédents personnels : Convulsions à 6 mois jusqu'à 3 ans. marchait à 2 ans. N'a commencé à parler qu'à 5 ans. Propre depuis 3 ans. En 3 ans a appris à parler.

Etat actuel : Tics. Renifle. Remue les paupières, tire la langue, a des secousses dans le bras et il lui arrive de se cogner contre les meubles fréquemment. Insomnie ou rêves quand elle

dort. Parole : Bégaiements. Stigmates : grosse tête (hydrocéphale). Commence à apprendre à lire. Difficile de fixer l'attention mais apprend bien.

R. — Tiquose. Mouvements choréïformes.

Observation 45. — Zab... Suzanne, 10 ans, 12 mars 1907.

Antécédents héréditaires : *Père* nerveux. Coléreux (a souvent migraines).

Mère, 31 ans, était neurasthénique pendant deux ans. (Ne peut pas rester chez elle, a besoin de distractions). Grand-oncle maternel, décédé dans une maison de santé.

Antécédents personnels : Née à terme. Coqueluche. Diarrhée verte. A parlé, marché de bonne de heure.

Etat actuel : Depuis dix-huit mois tic des globes oculaires qu'elle roule. Tic de la tête, fait le geste de négation, se mordille les lèvres. Oreille mal ourlée ; exagération des réflexes rotuliens. Insupportable à la maison. elle se tient mieux à l'école. Travaille bien, assez facilement. Lit couramment. A été retardée par sa chorée, ne pouvait plus écrire, s'impatientait, faisait des fautes.

R. — Tiquose.

Observation 45 *bis*. — Tia... René, 5 ans, 27 novembre 1906.

Depuis qu'il est né dit sa mère fait marcher ses mains en l'air à tout instant. A 6 mois convulsions. A marché à 4 ans 1/2. Parlé à 4 ans 1/2. Propre à 4 ans. Crie souvent, Strabisme léger divergent. A un tic : *Met toujours doigts dans la bouche.*

Antécédents personnels : bronchite étant petit.

Antécédents héréditaires : Son père présente de la débilité mentale accusée. Voir son observation pour les détails sur les antécédents héréditaires qui sont chargés.

Examen scolaire. — N'a pas encore appris à lire. Mais distingue une balle qui rebondit, d'une qui ne rebondit pas. Joue aux soldats et sait les ranger, ceux à cheval d'un côté, les rouges et les bleus en rang d'après leur costume. Quand on lui dit que ce sont les souris qui mangent les chats il dit que ce n'est pas vrai.

R. — Tic. Hérédité nerveuse et alcoolique.

Observation 46. — Richi... André, 12 ans 1/2, 15 janvier 1907.

Antécédents héréditaires : Père, tonnelier, bien portant.

Mère, bien portante, un peu nerveuse. Frère 15 ans bien portant.

Antécédents personnels : Venu avant terme à 7 mois 1/2. Convulsions dès les premiers mois de sa vie. A parlé à 22 mois. A marché à 11 mois

Examen : Jusqu'à cinq ou six ans intelligence moyenne. Aujourd'hui incapable d'apprendre. Sait lire et écrire mais fait mal ses exercices de grammaire, ses multiplications ; ne sait pas faire ses problèmes. Onanisme depuis quatre ou cinq ans.

Crises avec perte complète de connaissance. Convulsions toniques. Écume. Pas de malformations physiques sauf crâne un peu aplati. Inconticence d'urine. Strabisme depuis sa première enfance.

R. — Épilepsie.

Observation 47. — Pet... Lucienne, 17 mois, 18 mars 1907.

Antécédents héréditaires : Père et mère cousins germains. Père mort à 29 ans de tuberculose, l'enfant étant âgée de 10 ou

11 mois. Était tuberculeux depuis âge de 18 mois (hémoptysies) Avait des tics des paupières et faisait souvent grimaces.

Mère: pas de renseignements.

Antécédents personnels : Née à terme; naturellement. Nourrie jusqu'à 2 mois au sein. Crises depuis âge de 5 mois. Secousses en flexion du tronc. Convulsions épileptiformes des extrémités, précédées de cris et suivies d'état comateux, vertiges.

État actuel: Arrêt de développement des fonctions motrices : parole, marche, sphincters. Les sens de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité sont normaux. Nutrition générale bonne. Pas de myxœdème. Constipation habituelle.

16 *avril* 1907 : A devant moi des secousses du tronc avec flexion forcée brusque de la tête et déviation des globes oculaires en haut. Quelquefois, ces secousses sont remplacées par des contractions électriformes.

30 *avril* 1907 : Les soubresauts sont moins intenses depuis trois, quatre jours. Plus attentif à ce qui se passe autour d'elle. Plus calme. Moins grognon.

R. — Hérédité consanguine et nerveuse. Convulsions épileptiformes.

Observation 48. — Gou... Charlotte, 10 ans, 18 décembre 1906.

Antécédents héréditaires: Père, 35 ans, chaudronnier *Compagnie de l'Ouest*, pas très sobre. Très nerveux, violent, méchant quand il a bu.

Mère, 39 ans. Tombait dans des attaques de nerfs à 20 ans. « C'est la petite fille qui m'a guérie. J'avais les nerfs plus forts que le sang. » Étant enceinte de sa fille, à 2 mois, a eu une grande attaque.

Dans la crise, la mère se mordait la langue. Tante maternelle hystérie. Grand-père maternel grand buveur.

Antécédents personnels : Née à 7 mois 1/2. A marché à 28 mois. A parlé à 3 ans (papa). A 2 ans 1/2 atteinte de méningite : convulsions. Paralysie infantile droite pendant deux, trois jours.

État actuel : Taille normale. Incontinence d'urine intermittente sans cause. Arriérée de 5 à 6 ans. Ne sait pas lire, ni écrire ou à peine. Parle mal : a = è b = p. Colères. Aimable. Donne volontiers la main. Veut m'embrasser.

R. — Hérédité nerveuse. — Incontinence d'urines.

Observation 49. — Tour... Louis, 5 ans, 18 décembre 1906.

Antécédents héréditaires : Père, homme d'équipe. Bien portant. Sobre.

Mère : bien portante. « Nerfs qui se nouent sur l'estomac ».

Frère : 7 ans, nerveux. A eu convulsions.

Antécédents personnels : Né à terme, normalement. Élevé au biberon. A 3 mois, gastro-entérite avec convulsions. Marché et parlé à 3 ans 1/2.

Examen : On peut difficilement lui faire nommer les objets usuels : du papier, un crayon, un journal. Pour les deux premiers il ne dit rien que si on le lui dit auparavant : ainsi devant un crayon, on le lui montre en disant : cela sert pour écrire, il ne peut pas mettre de nom ; si on ajoute : c'est un crayon, il dit un éyon ; mais il dit spontanément chournal (journal), table. Pour chaise, il cherche et ne trouve pas. On lui demande : qu'est-ce que tu fais dans ton lit ?, il ne répond pas précisément, il dit : dans mon dodo, dans mon dodo ! eh bien, tu dors, il ne répond pas.

R. — Hérédité nerveuse. Convulsions infantiles.

Observation 50. — Leje... Jeanne, 17 ans, 22 janvier 1907.

Antécédents héréditaires : Pas de renseignements.

Antécédents personnels : Jusqu'à 13 ans, incontinence d'urine. Actuellement encore de temps à autre.

Depuis 13 ans, six ou sept crises mais depuis deux mois tendance à plus grande fréquence des crises : trois.

État actuel : Attaques à la suite d'étourdissements, écume, perte de connaissance. Quand on l'a réveillée ne pouvait marcher pendant une heure, tremblait. Depuis, six crises semblables, n'a eu son certificat d'études qu'à 14 ans.

R. — Épilepsie. Crises.

Observation 51. — Fromo... Lucie, 20 ans, 27 novembre.

Antécédents héréditaires : Père : tailleur pour son compte, 36 ans. Mère bien portante; d'origine russe ou polonaise.

Antécédents personnels : Vertiges à la suite de bronchite fièvre.

État actuel : Le matin pendant qu'elle est debout et à jeun, cinq, six crises de vertiges, sa tête se renverse, ses yeux tournent, devient pâle, son nez se pince, s'arrête de causer.

Caractère calme. Intelligence moyenne. Lit et écrit bien. Un peu de difficulté pour apprendre ses leçons et les retenir mais en saisit bien le sens. Parfois a des absences, s'arrête, oublie ce qu'elle fait. Il faut qu'elle mange toutes les deux heures.

R. — Crises de vertiges et gastro-vacuo. Épilepsie.

Observation 52. — Gold..., 10 ans, 23 janvier 1907.

Antécédents héréditaires : Père : 43 ans, maladie de foie, tapissier. Mère : bien portante. Frère 14 ans, bien portant. Frère 16 ans, eczéma.

Antécédents personnels : Rougeole. Otite aux grosses dents. Pas de convulsions ni crises nerveuses.

État actuel : Se met à rire ou à pleurer par accès, il ne sait pas pourquoi ; et dans ces moments fait des grimaces. Dans l'intervalle, remuant, intelligent, apprend bien.

R. — Hystérie infantile.

Observation 53. — Hur... André, 7 ans, 20 mai 1906.

Antécédents héréditaires : Père et Mère coléreux : nerveux.

Antécédents personnels : Colères avec pâmoisons devient noir.

État actuel : S'arrache les ongles des pieds. S'écorche les genoux. Impulsif. Pleure après. Quand les nerfs sont passés pleure. Cela le prend par crises ; dans ces moments-là, on ne peut pas le raisonner, il est violent ; ne perd pas connaissance, est comme ailleurs dit sa mère. A l'école n'apprend rien parce qu'il est trop « mobile » (instituteur), il va il vient, on ne peut pas le tenir, cependant il apprendrait bien. Il répond d'ailleurs très bien aux questions qu'on lui pose.

R. — Nervosisme agité. Hystérie. Automutilation.

Observation 54. — Laco... Marcelle, 9 ans, 2 juillet 1907.

Antécédents héréditaires : Père : jockey, buveur 43 ans. séparé de sa femme depuis six ans, Mère : femme de ménage, 39 ans. Trois enfants dont deux bien portants.

Antécédents personnels : Née à terme. Marchait à 18 mois. Parlait vers 14 mois. Première dentition vers 8 mois. Jamais

de convulsions. Bronchite à 4 ans ; depuis tous les ans. Maladie d'estomac depuis l'âge de 7 ans.

Examen : Le 28 septembre 1906 s'était mise à pleurer toute la journée parce que une petite camarade lui avait dit : « Ta maman est à l'hôpital, elle est morte ». Elle savait pourtant que ce n'était pas vrai.

Il y a deux mois s'est mise à pleurer et à se tordre ; fixait, regardait et riait (près de trois heures). Depuis il lui arrive assez souvent de fixer, regarder, comme si elle avait peur.

Pendant ce temps cherche à mettre tout dans sa bouche en se débattant beaucoup. Jamais de chute. Depuis deux mois, très fréquentes, jusqu'à trois par jour. Pas de morsure de la langue, ni d'émission d'urines.

22 *octobre* 1907 : Depuis trois mois plus de crise.

3 *décembre* 1907 : Nouvelles crises.

Première crise, mercredi : Il y a quinze jours, son frère lui raconte l'histoire de la guillotine. Elle proteste : « Tais-toi, tu me fais peur », s'endort. Le matin s'est réveillée dans une sorte de crise : faisant des grimaces, contractant les muscles du côté gauche de la face ; poussant des sons inarticulés comme si elle voulait parler et ne pouvant pas. Cela, durant une demi-heure. Sa mâchoire était pendante. Puis : « m'man (2 fois). Tu as faim? Oui veux manger, mais, ne peux. (La mâchoire est pendante « Je ne peux pas ».

Deuxième crise dimanche : Au réveil, même chose. Toutes les difficultés d'avaler. Quelques jours, après avoir joué s'est assoupie comme si elle dormait, couchée, regarde fixement les fleurs de la tapisserie comme si cela lui faisait peur.

R. — Hystérie. Hérédité alcoolique.

Observation 55. — Meu... Jeanne, 14 ans 1/2, 19 octobre 1906,

Antécédents héréditaires : Mère nerveuse (?). Père surdité.

Antécédents personnels : Marche et paroles tardives : à 16 mois. Caractère toujours volontaire, têtu, autoritaire, violente, méchante avec inférieurs. Parfaite avec étrangers et insociable avec les siens.

État actuel : *Jalousie et envie* à l'égard de sa mère, voudrait être mère, etc... Depuis, de temps à autre *accès de mutisme* durant huit, douze, dix jours précédés de crises de larmes.

Retard des époques menstruelles au moment des crises de mutisme.

État mental : Aptitudes intellectuelles faibles, surtout pour le calcul. Fait une division et un problème simple avec peine et le plus souvent inexacts. Impressionnabilité. Grande irritabilité. Boulimie. Mentalité hystérique. Saute d'une idée à l'autre; a des besoins impérieux de faire une chose, la commence et ne l'achève pas, parce qu'elle pense à autre chose.

État physique : Sommet droit? Pas de stigmates de dégénérescence. Végétations nasales. Constipation.

Le 4 mai 1907 vue en consultation avec le Dr H... par notre maître le Dr Roubinovitch : Dépression. Réponses brèves, difficiles à obtenir, tardives. Regard vague. Pouls à 120, température rectale 37°6. Langue saburrale.

Cette dépression date d'hier, est survenue brusquement à table.

Nuit : mauvaise. A eu une grande peur avec cris, gémissements. Le bruit du vent devient insupportable, dit-elle. Elle craint d'avoir le ventre ouvert, redoute de voir les médecins. Or il y a trois semaines, le Dr H... a été appelé pour une crise de dépression mélancolique absolument pareille.

Cette crise a duré cinq, six jours puis, brusquement, changements d'état cœnesthésique en sens inverse. Exubérance. Gaîté. Jeu désordonné au piano. Appétit vorace, surtout pour le pain, etc...

Durée de cette phase d'excitation : une quinzaine de jours. Puis est arrivée la crise de dépression actuelle.

A remarquer : qu'après deux mois de séjour, chez Mme L... a eu cinq mois très bons, de décembre 1906 à avril 1907.

R. — Nervosisme agité. Hystérie (?). Tendance a des idées délirantes de persécution, de jalousie. Préoccupations d'ordre sexuel.

Observation 56. — Rib... Aimée, 7 ans 1/2. 24 septembre 1906.

Antécédents héréditaires : Grand-père paternel : alcoolique. Décédé accidentellement à 40 ans.

Grand'mère paternelle : Était atteinte entre 11 et 18 ans de chorée. Décédée d'un cancer à la matrice à 45 ans.

Grand-père maternel : Buveur, âgé actuellement de 76 ans.

Père : 27 ans, employé dans les automobiles. Coléreux. Violent.

Mère : 30 ans. A eu pleurésie. S'énerve d'un rien. Pleurerait toutes les cinq minutes. Crise il y a trois ans survenue à la suite d'une vive contrariété, crise ayant duré quatre heures.

Cardiaque : probablement crise d'angine de poitrine.

Antécédents personnels : Bronchite. Angine. Scarlatine. Coqueluche. A 4 mois, chute sur la tête du haut du lit.

Histoire de la maladie : Il y a six mois début des peurs, à la suite d'un cambriolage du logement en l'absence du père et de la mère, il y a dix-huit mois. Au retour la constatation en fut

faite devant elle ; depuis on en a souvent parlé : père, mère, voisins. On revenait souvent sur tous les détails de cette histoire de cambriolage.

Première peur il y a à peu près six mois : S'est réveillée au milieu de la nuit en criant : « Maman, prends-moi, prends-moi, j'ai peur. » Elle paraît éveillée. Yeux ouverts et fixes. Crie tant qu'on ne la prend pas. Croyait voir quelqu'un qui ouvrait la porte. Depuis a eu plusieurs réveils de ce genre, ou bien des peurs diverses. Au moment de la crise *tremble*. La semaine dernière, la nuit, vers 10 h. 1/2 et 11 heures, *tout endormie*, *les yeux fermés*, *s'est levée* de son lit et est venue vers le lit de ses parents...

Depuis trois mois, crise de terreur presque toutes les nuits : « Je ne m'endormirai pas; j'ai peur » (peur de s'endormir). Ne peut pas faire de commissions dans la chambre qui est presque à côté; si on l'oblige, elle y va, mais en marchant à reculons.

Examen physique : Peau fine, transparente. Visage pâle. Insensibilité des cornées. Constipation rebelle. Céphalées; boules qui roulent dans la région frontale. Elancements. Anorexie. Diplopie intermittente. Pertes blanches. Pas d'onanisme.

Examen mental : Tout le temps, s'ennuie. Triste. Rien ne la distrait. Joue cinq minutes, puis accourt vers sa mère en disant: « Je m'ennuie. » S'ennuie partout. Se décourage tout de suite. Entêtée. Obstinée. Intelligente. Comprend enfin qu'elle a tort d'avoir peur et qu'il faut tâcher de ne plus penser au cambriolage. Parle bien, apprend bien, a une bonne mémoire; mais les jours où elle est triste, elle ne veut plus rien faire.

13 novembre : Phobie de s'endormir. Plus de réveils avec sursauts.

4 décembre 1906 : Arrive avec claudication. Disparition de la douleur et de la claudication par suggestion.

11 décembre 1906 : Depuis huit jours plus de peur. Marche bien. Dort bien. Rit des fois souvent sans motif. Plus maux de tête.

8 janvier 1907 : Câline. Se couche facilement. Moins colère. S'occupe. Va retourner en classe.

R. — Hystéro-neurasthénie. Hérédité nerveuse et alcoolique.

Observation 57. — Phili... Lucien, 8 ans, 28 mai 1907.

Antécédents héréditaires : Père tailleur d'habits, 37 ans, bien portant. A bu pendant dix-huit mois pendant que l'enfant a été conçu (absinthe et vin blanc). Père et mère cousins germains.

Mère: 33 ans, pas nerveuse. A eu six enfants, un décédé de broncho-pneumonie. Autres 11 ans 1/2, 9 ans, 8 ans, 5 ans 1/2, 3 ans 1/2 bien portants.

Côté paternel : sœur épileptique, s'est noyée accidentellement dans une crise dans l'Yonne à l'âge de 11 ans.

Antécédents personnels: Né à terme, naturellement. A 2 ans 1/2 « convulsions internes » jouait, regardait tout à coup sa mère, puis tombait raide (sans connaissance) devenait tout noir, cela durait 2 ou 3 minutes. Quand il vomissait il était bien moins malade, s'il ne vomit pas, il est bien plus noir.

Etat actuel : Entend et voit bien. Strabisme léger. Constipation. Depuis décembre dernier aucune crise épileptique ou apoplectique. Mange voracité. Objet principal: Impossibilité de parler depuis huit jours. Pour Madame il dit maman. Monsieur : Moe, Ecole: coco, Roger: Néné, métro: coco.

Très timide, craintif ce qui rend difficile de juger son état mental surtout qu'il parle mal. Était toujours mal noté à l'école; savait à peine lire au bout d'un an.

11 juin: Il y a huit jours, crises, vomissements bilieux avec mal de tête à crier. A déjà eu des migraines beaucoup plus fortes avec perte de connaissance.

R.— Hystéro-épilepsie infantile. Aphasie. Convulsions infantiles. Hérédité alcolique. Nerveux, consanguin.

Observation 58. — Did... Georgette, 8 ans, 18 décembre 1906.

Antécédents héréditaires : Père : tuberculeux, 52 ans, sobre. Mère 37 ans, bien portante.

Antécédents personnels : Née à terme. Pendant la grossesse la mère a eu des douleurs dans le ventre. Nourrie au sein. Marché à 15 mois. Parlé à 8 mois. A 2 ans convulsions sous forme d'arc de cercle pendant trois ou quatre jours. A 3 ans bronchopneumonie, 3 ans 1/2 ensuite, fièvres, saignement de nez, après cela a perdu la parole et marche pendant huit jours.

Etat actuel: Dissipée. Etourdie. Folle. Diable. Insupportable. Cauchemars dans la nuit : crie longtemps. Pleure et rit.

En retard à l'école sur ses camarades car elle ne pense qu'à jouer, à faire des grimaces, des singeries. Aussi elle lit mal, écrit mal. Autrement comprend bien, répond bien. Elle sait bien qu'elle sera punie si elle fait mal.

R. — Hystérie infantile ? Convulsions dans l'enfance suivies d'aphasie et d'abasie passagères.

Observation 59. — Corw... Jeanne, 5 ans 1906.

Antécédents héréditaires : Père, 32 ans, névropathe, proba-

blement tuberculeux, vient d'avoir une pleurésie. Mère, 23 ans, très énervée au moment des époques. Grand-mère morte diabétique à 57 ans. Tante paternelle : grande hystérie. Morte à 37 ans de la carie des os?

Frère ou sœur mort?

Antécédents personnels : Rien de particulier jusqu'à juillet 1906 sauf : anorexie persistante et tenace depuis le sevrage au sein à 13 mois. On a peine à la faire manger, il faut chaque fois se mettre en colère, même pour les bonnes choses.

Examen: En juillet on remarque l'apparition de *crises de battements de paupières :* clignement, contraction du front pendant quatre-vingt-dix-neuf secondes. En novembre même phénomène compliqué de chute.

Toujours anorexie. En janvier 1906. Chutes avec raideur jusqu'à cinquante fois par jour? Pas de fièvre.

En février 1906, trois, quatre crises de clignement et c'est tout. En août, dix par jour. Particularités : Au moment de la crise entend, comprend les ordres; continue à faire ce qu'elle fait; ne répond pas, obnubilée mais non inconsciente.

Remarques de la mère : Elle est toute « émotion », joie ou contrariété suffisent pour provoquer la petite crise. Le matin : quand elle voit approcher l'huile de foie de morue; le soir quand son papa rentre. Au moment de la crise les objets qu'elle tient en main ne tombent pas.

Excellente mémoire ; imaginative, « joue au lever le yeux », avec la poupée, si tu lèves les yeux, je te donne une giffle.

Bavarde, *imitatrice* : raidit ses bras comme sa mère quand elle cause avec sa poupée. Gâtée, unique.

Etat physique : Nulle malformation. Nulle asymétrie. Hypéresthésie ? Réflexes rotuliens normaux même accusés.

R. — Hystérie. Crises de clignement puis crises avec chute sans perte de connaissance. Anorexie. Hérédité nerveuse, tuberculeuse. Imaginative. Imitatrice.

Observation 60. — Fou..., Andrée, 11 ans, 5 janvier 1907.

Antécédents héréditaires : Mère : anémique, neurasthénique. Père: bien portant. Grand'mère paternelle excentrique. Dans un asile.

Antécédents personnels : Nourrie au sein. Rougeole. Coqueluche à 9 ans 1/2. Depuis six mois, depuis l'âge de 10 ans 1/2. Changement de caractère, plus timide. Craintive, *menteuse*, *brodant avec un « art parfait »*, inventant des histoires. (Pendant un mois a prétendu que sa maîtresse avait changé le chiffre de sa place, 5e au lieu du 35e, en classe).

Tics : Par moments, hébétée, lente. Se plaint tous les matins de maux de tête ; se frotte avec ses doigts la paume de la main (depuis 6 mois) a force elle se donne des durillons, colère ; tendances impulsives surtout contre les personnes sans autorité. Maux de tête (front, tempes, occiput) depuis une semaine. Depuis un an également, malaises avec lypothimies. Battements de cœur à la moindre émotion. Onanisme. Constipation. Sommeil calme, trop profond ; le soir a de la peine à s'endormir, le matin dormirait encore: « je me recoucherais si on me laissait faire. »

État physique : Pupilles égales, contractibles. Pas de trouble de la parole ; comprend bien, raisonne bien. Est prête pour son certificat d'études dit l'institutrice. Cependant travaille moins bien depuis un an, fait dans ses dictées des fautes d'inattention.

R. — Hystéro-neurasthénie. Tics. Mythomanie. Hérédité nerveuse. Infection dans le jeune age.

Observation 61. — Com... Marcelle, 9 ans, 18 février 1909.

Antécédents héréditaires : Père : Laveur de voitures. Sobre au moins pour l'instant. Mais absinthique ancien. A fait son service aux colonies. Bien portant maintenant quoiqu'il tousse depuis deux mois. Les hivers précédents il toussait déjà un peu. A eu dysentérie. Fièvres paludéennes.

Mère : Bien portante. Deux fausses couches. Six enfants tous du même mari. Quatre enfants morts. Deux morts de broncho-pneumonie un prématuré (8 mois).

Antécédents personnels : Née à terme. Jamais de convulsions. A 6 ans, bronchite, coqueluche. Tous les hivers a quelque chose. Reste très maigre et pâle. Se plaint de maux de tête, à la nuque. Mais fléchit et étend la tête sans douleur. De même pour mouvements de rotation. Étourdissements légers. Très nerveuse. Souvent triste sans raison, s'ennuie. Pas d'onanisme.

Pas d'incontinence d'urine. Extrémités froides et cyanosées. Étudie très bien. Est la première de sa classe. Rien à l'auscultation. Réflexes rotuliens, normaux. Pupilles : Moyennement dilatées. Se contractent bien à la lumière. Dort bien la nuit, mais quelquefois remue un peu et est un peu agitée.

R. Neurasthénie de la croissance. Hérédité alcoolique.

SIXIÈME SÉRIE

Observation 62. — Lev... Pierre, 7 ans 1/2, 27 novembre 1906.

Antécédents héréditaires : Père : 42 ans, conducteur d'autos. bien portant, sain, sobre. Mère : Morte de salpingite il y a 18 mois.

Antécédents personnels : Né à terme. Pesait 8 livres et demie en naissant. Nourri au sein. Tout petit on l'appelait « le petit japonais ». N'a marché qu'à 4 ans. Dentition première à 2 ans, sans convulsions.

État actuel : Cryptorchidie. Légère bouffissure de la face. Voix rauque. Sensibilité normale. Paroles : dit presque tous les mots de travers bibi chéri est dit = bibiali. Colonne vertébrale : Légère scoliose. Propre depuis un an seulement. Écholalie très remarquable. Au lieu de « Marcel » dit « Mazès ».

La mère en voyant cet enfant s'est demandée si : étant enceinte, elle n'était pas impressionnée par une poupée chinoise ou japonaise. Traitement thyroïdien.

18 décembre 1908 : *Très sociable*, joue au ballon. Depuis l'emploi de la méthode Frochel dit bien madame. Avant disait : manieu, macane. Dit encore gaco au lieu de gâteau.

Pas d'onanisme. Mémoire topographique.

Poids augmenté sous l'influence du traitement thyroïdien :

18 décembre : 34 livres 50 grammes ; 25 décembre : 34 livres 100 grammes ; 1er janvier 1907 : 34 livres 200 grammes ; 8 janvier 1907 : 36 livres.

Jamais ses cheveux n'ont tant poussé. Avant on le tondait toutes les cinq ou six semaines, maintenant au bout de quatre semaines.

Avant cheveux rudes et il lui était impossible de faire une raie. Taille est passée : 18 décembre 1906 : 0 m, 95 ; 8 janvier 1907 : 0 m. 98. Plus éveillé. Sait dire les *r*, mais dit encore pour « la poule donne des œufs » : la bouc donne. Était maladroit de ses mains, adroit maintenant. Avant il buvait énormément. Trois ou quatre verres à son repas, maintenant boit différemment, un verre. Mangeait gloutonnement.

Même traitement. Renvoyé à un mois.

19 février 1907 : Poids : 8 janvier : 36 livres ; 18 février 1907 : 36 livres 70 grammes.

Paroles : dit Gustave au lieu de Gaga.

Maurice au lieu de Maice.

Esther au lieu de Eter ou Ité.

Clara au lieu de Chahala.

Même traitement pendant un mois.

Poids : 22 avril 1907 : 46 livres. Taille 1 mètre. Paroles : parle encore mal par moment ; ainsi Marcel il le prononce Mazès ; les l sont prononcées comme des r ; pi-pi-po = je vais faire pipi.

R. — Myxœdème frustre.

Observation 63. — Tabur... Émile, 8 ans 1/2, 3 décembre 1907.

Antécédents héréditaires : Père : Gardien de la paix, 34 ans. Bien portant. Sobre. Mère : Étant jeune, était très nerveuse. Lypothymies. Étouffait. Tuberculose dans la famille de la mère. Une sœur morte à 7 ans, née avant terme. Une sœur 14 mois. Bien portante.

Antédédents personnels : Né à 8 mois. Élevé au sein en nourrice où il était très mal (n'a pas eu son content). Rougeole. Convulsions. N'a marché qu'à 3 ans. Est propre depuis cinq, six ans.

État actuel : A fréquemment mal à la tête ; suivi de vomissements. Végétations adénoïdes opérées trois fois. Nez coule toujours. Légère exagération des réflexes. Signe de Babinski des deux côtés. Est très maladroit de ses membres inférieurs, cependant se tient sur ses jambes et marche assez longtemps sans se fatiguer.

Ne parle pas bien dit « pantaon » au lieu de « pantalon », « prume », au lieu de « plume ».

Est en classe avec les plus petits enfants. Son intelligence, dit la mère, s'est beaucoup améliorée. En effet, il écoute attentivement ce qu'on dit et comprend ce qu'on lui commande. Il peut se déshabiller seul, se nettoyer seul. Répète bien les mots qu'on lui dit, désigne correctement les objets. Commence à lire.

R. — Little frustre.

Observation 64. — Coh... René, 12 ans 1/2, 27 novembre 1906.

Antécédents héréditaires : Père : 44 ans, journaliste, né à Varsovie de famille israélite, mâtinée à une famille catholique. Pas de syphilis.

Mère : 34 ans, bien portante. Grand'mère maternelle : 55 ans, maladie nerveuse. Frère jumeau mort à 9 jours.

Antécédents personnels : Est né à 6 mois 1/2. Est resté quatre mois et demi dans une couveuse. Venu le premier. Accouchement difficile.

Examen : Cicatrice d'ulcération sur la moitié gauche de la lèvre. Cambrure exagérée : scoliose dorsale.

Hernie. Voix sourde, de tête. Incontinence urine jusqu'à 4 ans. Dolicocéphalie. Onychophagie. Caractère : triste ou gai, très coquet. Son chien s'appelle Bob, il l'appelle « Bluntache », sa bonne Bertha il l'appelle « Vermiole de Lilas ».

Onanisme en érection. Est allé en classe pendant sept ans ; il a à peine appris à écrire ou à lire, ne sait pas calculer : après 90, 110.

Réflexes rotuliens exagérés. Pas de vertiges ni de convulsions.

Rigidité musculaire généralisée. Signe de Babinski. Absence de paralysie vraie et d'atrophie.

Démarche spasmodique. Pas de clonus. Strabisme de l'œil gauche.

4 décembre: Depuis le 28 novembre, dans la soirée, crise d'abasie tous les soirs vers 5 heures. Peut remuer les jambes quand il est dans son lit. Le matin, recommence à marcher tout en ayant les jambes raides. Le 8 janvier, torticolis, contracture. 22 janvier, torticolis, contracture, maigrit.

19 mars : Il y a quinze jours, tremblement et secousses du côté droit qui a duré dix jours. Sorte d'hémichoréathétose liqueur de Fowler.

17 avril : Agitation athétosique du côté droit. Dysarthrie intermittente. Repos au lit. Bains. Suralimentation.

17 mai : Même état. Antipyrine. 11 juin : Grande amélioration de l'agitation. Descente progressive de l'antipyrine.

R. — Tabès spasmodique infantile atténué avec arriération intellectuelle et débilité physique. Astasie. Abasie. Forme complexe. Litle. Hystérie.

Observation 65. — Mil... Albert, 11 ans 1/2, 26 février 1907.

Antécédents héréditaires : Père comptable, 39 ans ; bien portant. Mère très nerveuse ; surexcitée. Grand-père maternel mort de la tuberculose.

Antécédents personnels : Né à terme. Nourri jusqu'à 13 mois au biberon. Depuis 13 mois chez sa mère. A eu à 6 semaines diarrhée verte. Pas de convulsions. A 2 ans crise de maux de tête avec vomissements et fièvre et le médecin diagnostique une méningite. Au bout de trois à quatre jours, amélioration progressive.

État actuel : Intelligence au-dessous de la moyenne. Caractère pas bon, irritable, méchant, violent.

Jeudi 10 janvier 1907 : chute à 9 h. 10 du soir pendant qu'il jouait avec un camarade : chute sur le fauteuil avec la figure congestionnée. Divagation de 9 h. 10 à 10 h. 1/2. Chantait une chanson qu'il apprenait en classe : « Le régiment de Sambre-et-Meuse». On lui demande: qu'est-ce que tu as? Il répond; cela va bien. Plus tard il s'endort. A dormi calme. Le matin a recommencé à divaguer. « Non, j'irai pas », etc.

Quand on l'interrogeait, répondait tout de travers. Ceci a duré jusqu'au 13 janvier.

Le 14 janvier : abattement général avec un grand mal de tête.

15 janvier : pas mieux. Toujours abattement. Se plaint et dit : « Oh! j'ai mal. »

16 janvier : état s'améliore ; moins abattu.

17 janvier : devient aphasique et hémiplégique droit : depuis six jours les mouvements du bras et de la main se faisaient plus difficiles, aujourd'hui il ne peut plus les remuer.

L'hémiplégie a évolué de la façon suivante : Perte complète de la faculté de remuer bras droit. Immédiatement après, jambe droite paresse pendant quarante-huit heures seulement. La parole supprimée dès le début. Depuis a six mots à sa disposition : oui, non, papa, maman, René et Raymond. Sensibilité normale. Exagération des réflexes tendineux du bras droit. Main droite : œdème rouge violacé, froide. Exagération du réflexe rotulien à droite. Gros orteil droit en extension, gauche en flexion.

1er mars 1907 : examen des yeux : tout est normal.

5 mars 1907 : aurait dit : « C'est fini ! » Mme Poteau, Paul,

René, Touneau. Quand sa mère chante : « Sambre-et-Meuse » il arrive à répéter les mots :

Tous ces fiers enfants de la Gaule
Allaient sans peur et sans repos
Avec leurs fusils sur l'épaule
Courage au cœur et sac au dos.

Au cœur : au tœur.

En *chantant* répète mieux ; en *parlant* répète très mal.

12 mars 1907 : répète quelques mots nouveaux, paon, cygne. Sait faire une addition 24 + 35 = 59. Main moins gonflée. Rèflexes rotuliens : exagéré à droite. Trépidation spinale à droite. Y a-t-il extension de l'orteil à droite ? A gauche, flexion. A fait progrès au point de vue moteur du bras et jambe droite.

On lui fait la rééducation depuis fin février.

Hémiplégie droite complète, facial inférieur compris.

19 mars 1907 : amélioration notable de l'hémiplégie.

16 avril 1907 : cyanose de la main. Amélioration de l'aphasie.

R. — Hémiplégie droite avec aphasie survenue lentement.

CONCLUSIONS

L'arriéré scolaire est l'enfant qui se trouve en retard dans sa scolarité par rapport aux autres enfants de son âge.

L'arriération scolaire se traduit par un déficit psychique portant sur l'ensemble des facultés intellectuelles du sujet. Ce déficit psychique se montre à tous les degrés.

Le déficit psychique peut s'accompagner d'un déficit physique, ce qui constitue une première catégorie d'arriérés scolaires.

Ou bien ce déficit psychique existe seul comme dans l'hystérie, la neurasthénie, la tiquose.

Enfin il est des arriérés scolaires dits faux arriérés parce qu'ils ne présentent pas de déficit psychique. Ce sont des enfants qui ne sont pas placés dans les conditions voulues pour accomplir une bonne scolarité, soit qu'ils sont atteints d'affection des organes des sens par exemple (otite, myopie) ou plus simplement qu'ils ne suivent pas régulièrement les classes.

Nous avons par de nombreuses observations personnelles essayé de contribuer à montrer la réalité clinique de ces types que les différents auteurs qui se sont occupés de la question ont successivement établis.

Vu : le Président de la thèse
GILBERT BALLET

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

ANNEXES

LOI DU 15 AVRIL 1909 RÉGLEMENTANT L'INSTRUCTION ET L'ÉDUCATION A DONNER AUX ENFANTS ARRIÉRÉS

I. — *Cette loi institue.* — 1° des *classes de perfectionnement* annexées aux écoles élémentaires.

2° des *écoles de perfectionnement* créées par le département ou les communes pour les deux sexes et divisées en deux sections. Elle comprendra une pension et une demi-pension. Les enfants pourront y être admis jusqu'à 16 ans. Il leur sera donné une instruction primaire et un enseignement professionnel.

II. — *Mesures générales.* — Les directeurs et les directrices de ces écoles seront nommés par le ministre. Les instituteurs par le préfet sur la désignation de l'Inspecteur d'Académie et ils seront choisis parmi les candidats pourvus du *diplôme pour l'enseignement des enfants arriérés.*

Il y aura une *inspection médicale* portant sur chaque enfant une fois par semestre avec des observations consignées sur un livret scolaire individuel.

III. — Une *Commission de réception* existe dans chaque école et est ainsi composée : un inspecteur primaire ; un médecin ; un directeur ou maître d'une école de perfectionnement. Elle détermine les enfants qui ne peuvent être admis ou maintenus dans les écoles primaires publiques et dont l'admission est sollicitée. Un représentant de la famille sera toujours invité à assister à l'examen de l'enfant.

IV. — Un *Comité de Patronage* sera constitué auprès de chaque école. Les membres en seront nommés par le ministre après avis du Préfet ou du Maire. Il pourra comprendre des dames.

VI. — Le *Conseil d'administration* de l'école nommé par le Conseil municipal ou le Conseil général comprend : 1° un représentant du ministère de l'Instruction publique, 2° un représentant du Préfet ou du Maire, 3° un médecin au moins.

Examen de l'état mental. les tests psychiques. (Binet et Simon).

Enfant normal de 3 ans. — Un enfant de cet âge : 1° a la connaissance verbale des objets simples, soit qu'on lui fasse désigner les parties de son corps (où est ton nez, ton œil, etc.?), soit qu'on lui fasse désigner des objets familiers alignés sur une table (tasse, clé, couteau, fourchette, cuillère, ficelle, etc.). — 2° il a la connaissance verbale des images : c'est le même exercice que le précédent, mais les objets sont remplacés

par des images (où est l'œil, le nez, le chat, le chien, etc. ? Et : Qu'est-ce que c'est que cette image ?). — 3° Il a une tendance à faire des erreurs par distraction sur les exercices précédents ; et fait preuve d'une suggestibilité extrême en montrant, par exemple, dans une série d'objets, un objet déterminé, alors qu'on lui aura demandé de désigner un objet qui n'y figure point.

Enfant normal de 5 ans. — Un enfant normal de cet âge peut : 1° comparer deux lignes de longueur différente, 3 et 4 centimètres, par exemple ; 2° comparer deux objets de même couleur, de mêmes dimensions, mais de poids différent ; 3° répéter trois chiffres (les chiffres à répéter ne doivent pas se suivre) ; 4° définir les objets usuels à sa portée (on demande ce qu'est une maison, un cheval, une cuillère, un papa, un bâton, etc.) ; 5° la suggestibilité est déjà un peu moins marquée, en ce sens que l'enfant se laissera beaucoup moins prendre aux supercheries qui réussissaient quand il avait 3 ans.

Enfant normal de 7 ans. — Un enfant normal de cet âge peut : 1° comparer deux courtes lignes de longueur différente, l'une des lignes ayant 30 millimètres, et l'autre de 31 à 35 millimètres ; ces lignes sont placées bout à bout et séparées les unes des autres par un demi-centimètre (comme preuve, on peut changer la position des lignes) ; 2° classer par ordre de poids 3 cubes de couleur et de volume égaux, mais de poids respectivement de 3, 9 et 15 grammes ; 3° répéter 4 à 5 chiffres qui ne se suivent pas ; 4° établir la différence entre plusieurs objets simples, représentés de souvenir (dire

la différence entre bois et verre, mouche et papillon, papier et carton, etc.) ; 5° répondre à des questions abstraites faciles comme celles-ci : Quand on est en retard pour arriver à l'école, lorsqu'on a manqué le train, quand on est fatigué et qu'on n'a pas assez d'argent pour prendre l'omnibus, que faut-il faire ? Lorsqu'on est paresseux, et qu'on ne veut pas travailler, qu'arrive-t-il ?

Enfant normal de 9 *ans.* — Un enfant normal de cet âge peut : 1° comparer les mêmes lignes qu'à l'âge de 7 ans, mais avec plus d'assurance et en faisant quelques petites erreurs de moins ; 2° classer par ordre de poids, en faisant quelques erreurs pour les 3 premiers, 4 tubes de couleur et de volumes égaux, mais de poids respectifs de 3, 6, 9 et 15 grammes ; 3° répéter 5 chiffres qui ne se suivent pas ; 4° répondre à des questions abstraites dans le genre de celles-ci : Comment faire pour gagner de l'argent ? Pourquoi ne doit-on pas dépenser tout son argent et doit-on en mettre un peu de côté ? Lorsqu'on a cassé un objet qui ne vous appartient pas, qu'on a été frappé par un camarade sans qu'il le fît exprès, qu'on a besoin d'un bon conseil, que faut-il faire ?

Enfant normal de 11 *ans.* — Un enfant normal de cet âge peut : 1° comparer les mêmes couples de lignes qu'à 7 et 9 ans, mais sans erreur ; comparer, en faisant souvent quelques erreurs, une série de couples de lignes plus longues que les précédentes placées bout à bout, l'une, constante, ayant 100 millimètres, et l'autre variant de 101 à 103 millimètres ; 2° classer par or-

dre de poids, en faisant quelques erreurs, 5 cubes de couleur et de volumes égaux mais de poids respectifs de 3, 6, 9, 12 et 15 grammes ; 3° répéter 6 chiffres qui ne se suivent pas ; 4° répondre à des questions abstraites dans le genre de celles-ci : Avant de prendre part dans une affaire importante, que faut-il faire ? Si l'on vous demande votre avis sur une personne que vous ne connaissez pas, que faut-il faire ? Lorsqu'on a reçu une punition qu'on ne méritait pas, que faut-il faire ? Pourquoi pardonne-t-on plutôt une mauvaise action exécutée avec colère, qu'une mauvaise action exécutée sans colère ? Pourquoi doit-on juger une personne d'après ses actes plutôt que d'après ses paroles ?

BIBLIOGRAPHIE

1838. Esquirol. — Traité des maladies mentales.

1846. Séguin. — Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et autres enfants arriérés.

1860. Morel. — Traité des maladies mentales.

1880-1905. Bourneville. — Comptes rendus du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre.

1904. Ley. — *Annales de la Société Médico-Chirurgicale d'Anvers*, p. 75-341.

1905. Binet et Simon. — *Année psychologique*, p. 194-244.

1907. Royer. — *Thèse Paris*, 1907.

1907. Régis. — *Journal de Médecine de Bordeaux* (mars).

1907-1908. Roubinovitch et Paul Boncour. — Rapport de la Commission nommée par M. le Ministre de l'Intérieur.

1908. Crochet. — Monographies cliniques « *Les arriérés scolaires* ».

1909. Doury. — *Thèse*. Démence épileptique.

Impr. des Facultés, A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris